Conchi García
@mama_y_nutricionista

DE LA LECHE AL BOCADILLO

La guía Baby-Led Weaning para que tus hijos aprendan a comer de manera segura y natural

mr

ÍNDICE

Portada
Sinopsis
Portadilla
Dedicatoria
Nota de la autora
Introducción
Principios básicos
1. Breve historia de la alimentación infantil autorregulada
2. Qué es el BLW
3. Beneficios e inconvenientes
4. BLW y hierro
5. BLW y atragantamientos
6. ¿Comerá suficiente?
7. ¿Es válido para todos los bebés?
De la teoría a la práctica
8. Alimentación complementaria
9. Cuándo empezar
10. Orden de incorporación de los alimentos
11. Alimentos a evitar
Alimentos y adaptaciones
12. Cereales, pseudocereales y derivados
13. Verduras y hortalizas
14. Frutas
15. Legumbres
16. Carnes

17. Pescados y mariscos
18. Huevos
19. Frutos secos y semillas
Dudas frecuentes
Bibliografía
Agradecimientos
Créditos

Visita Planetadelibros.com y
descubre una
nueva forma de disfrutar de
la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos

exclusivos!

Primeros capítulos
Fragmentos de próximas publicaciones

Clubs de lectura con los autores
Concursos, sorteos y promociones
Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:

SINOPSIS

¿Deciden los niños qué cantidad de alimentos deben tomar? ¿Pueden comer con sus manos? ¿Masticar sin dientes? ¿Saltarse la etapa de las papillas? ¿Pasar directamente de la leche al bocadillo?

El inicio de la alimentación complementaria es una etapa maravillosa, pero a la vez repleta de preguntas e inseguridades. Durante la infancia se inicia la formación de hábitos y preferencias alimentarias que serán difíciles de modificar en la edad adulta, por eso los primeros alimentos que tomen serán de vital importancia para establecer unos hábitos saludables de por vida.

Con esta completa guía —científicamente documentada— los padres encontrarán una serie de recursos y consejos prácticos que les ayudarán a resolver todas sus dudas sobre la alimentación complementaria saludable y regulada por el bebé (conocida como BLW) con el propósito de que la hora de la comida sea un momento feliz para toda la familia.

CONCHI GARCÍA
@MAMA_Y_NUTRICIONISTA

DE LA LECHE AL BOCADILLO

LA GUÍA BABY-LED WEANING PARA QUE TUS HIJOS APRENDAN A COMER DE MANERA SEGURA Y NATURAL

mr

PARA AITANA,
JULEN E IKER, OS QUIERO.

NOTA DE LA AUTORA

Para facilitar la lectura y no utilizar continuamente los géneros masculino y femenino, a lo largo de estas páginas empleo el masculino genérico para referirme tanto a niñas como a niños. De la misma manera, cuando hablo de padres, hago referencia tanto a papás como a mamás e incluyo a familias monoparentales y homoparentales.

INTRODUCCIÓN

Aún recuerdo el instante en el que me convertí en madre, en el que sentí que una pequeña y frágil vida dependía de mí, de mis brazos, de mi calor, de mi pecho, de mis decisiones… Felicidad, responsabilidad y miedo a partes iguales.

La población infantil es realmente muy vulnerable, tanto que depende del todo de los adultos y de sus decisiones. Y su alimentación también depende de lo que deciden estos, adultos que en la mayoría de los casos creen que saben comer de forma adecuada cuando no es así, y van a trasladar lo que ellos perciben como saludable a sus hijos.

Que los más pequeños adquieran unos buenos hábitos alimentarios es responsabilidad de los adultos y dependerá sobre todo de la alimentación y la mesa familiar.

Dependerá igualmente de los alimentos que la familia ofrezca al bebé, es decir, el bebé decidirá qué y cuánto comer, pero será responsabilidad de la familia realizar una buena elección de los alimentos y también de lo que el bebé vea comer a su familia. No podemos pretender que nuestros hijos muestren interés por alimentos saludables mientras nos ven alimentarnos con productos

malsanos.

Los niños aprenden por imitación y son nuestros mayores admiradores; lo que nos vean comer será lo que más despierte su interés.

Y algo muy importante: dependerá de los sentimientos, sensaciones y emociones que esos primeros bocados despierten en el niño. La comida debe ser un momento agradable y feliz para los pequeños donde puedan descubrir, experimentar y divertirse. Como explica la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hora de comer ha de ser una ocasión de aprendizaje y amor. Un ambiente positivo en torno a la mesa —independientemente de la cantidad de alimentos que el bebé consuma— va a favorecer a crear una relación sana con los alimentos que puede perdurar hasta la edad adulta.

Es evidente que todas las familias quieren lo mejor para sus hijos. El problema es que por desconocimiento, por seguir recomendaciones sin rigor publicadas en revistas, en redes sociales, en páginas web, por influencia de la publicidad, de la industria alimentaria infantil, por tradiciones o creencias populares o por el típico «toda la vida se ha hecho así» es habitual creer que es más adecuado que un bebé desayune una enorme papilla azucarada de ocho cereales con miel a que desayune un trozo de pan integral con tomate. Nada más lejos de la realidad.

«Pero toda la vida se han comido papillas azucaradas, galletas, zumos, leche con cacao… y no estamos tan mal, ¿qué problema

hay?». Pues bien, la verdad es que no, toda la vida no se ha comido así, alimentarse de esta forma sí supone un problema y sí estamos bastante mal.

Vayamos por partes. Para empezar como digo no siempre se ha comido así, se ha comido así desde que el *boom* de la industria alimentaria hizo creer a las familias que un cacao en polvo te daba «la energía que necesitas», que las natillas eran «el alimento de los campeones», que una crema de cacao y avellanas te hacía «grande», o que por beber zumo íbamos a ser tan fuertes como el famoso primo musculado, creando una falsa necesidad de consumo de este tipo de productos.

La realidad es que estos «productos comestibles» ni son necesarios ni, por supuesto, son saludables ni nutritivos.

Por otra parte, sí, alimentarse de este modo de manera habitual por supuesto que supone un problema. La etapa de alimentación complementaria se considera importante no solo para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales, sino porque tiene un papel vital en el desarrollo de las preferencias y los hábitos alimentarios, ya que unos hábitos saludables adquiridos en la infancia repercutirán en la salud y en la alimentación futura.

¿Qué pasaría si habituáramos a nuestro bebé a desayunar leche con cacao y galletas? La verdad es que no es necesario buscar un ejemplo tan radical, ¿qué pasaría si le acostumbráramos a desayunar cereales hidrolizados? ¿Qué se espera de sus preferencias alimentarias el día de mañana? Pues, probablemente, en la edad adulta muestre preferencia por los alimentos azucarados, ya que se

ha demostrado que los patrones alimentarios se establecen en la infancia y pueden ser el reflejo del comportamiento alimentario en la vida adulta.

Además, la infancia es una etapa sensible para exponer a los niños a los sabores muy dulces. Y ofrecerles alimentos como papillas azucaradas, cereales hidrolizados o galletas puede alterar su mecanismo de autorregulación energética.

TODAS LAS ESPECIES NACEMOS CON LA CAPACIDAD DE SABER CUÁNDO Y CUÁNTO DEBEMOS COMER.

Por ejemplo, a una vaca nadie le dice con qué frecuencia debe comer hierba ni qué cantidad, ella sabe perfectamente cuándo y cuánto debe comer porque ha nacido con la capacidad de ajustar la cantidad que come de acuerdo a sus necesidades fisiológicas. Los niños también nacen con esa capacidad. Y ¿qué puede alterarla? Varios factores, el principal, la exposición al azúcar.

La preferencia por el sabor dulce —y la aversión por el sabor amargo— es innata, como explica la doctora Julie Mennella, una investigadora de renombre sobre las preferencias del ser humano. Así se explica que los recién nacidos puedan alimentarse de la leche materna al nacer; es una cuestión de supervivencia. Pero en nuestro entorno hay alimentos más dulces que la leche materna y las frutas —y menos nutritivos—. Los niños, al ser expuestos a alimentos muy azucarados como cereales o galletas «para bebés», los comerán sin hambre, por encima de sus necesidades fisiológicas, debido a su predisposición innata por consumir alimentos dulces.

Ofrecer a los niños este tipo de alimentos puede alterar su capacidad de autorregulación energética y, por tanto, comerán sin atender a sus señales fisiológicas de hambre y saciedad.

Además, estos alimentos altamente palatables se convertirán en su comida favorita por su sabor y textura y desplazarán el consumo de otros que no sean tan apetecibles o sabrosos, dificultando el tránsito a la dieta familiar.

Y, por supuesto, es importante saber que sí, sí que estamos mal. Según la OMS, la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Y la obesidad es una enfermedad capaz de aumentar el riesgo de otras enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, diversas enfermedades gastrointestinales e incluso sería uno de los mayores factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, sin olvidar algunos tipos de cáncer. Y el problema es que se está extendiendo de manera preocupante a menores edades. Los datos del estudio Aladino de 2019 muestran una prevalencia entre sobrepeso y obesidad del 40,3 % con una media de 23,3 % de sobrepeso y 17,3 % de obesidad para la población infantil española entre seis y nueve años. Pero no solo eso, el estudio de la Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil de la OMS publicado en 2018, el más extenso realizado en Europa hasta la fecha, reveló que entre los países mediterráneos, por encima de todos ellos se sitúa Chipre, con hasta un 43 % de niños y niñas con sobrepeso u obesidad, seguido de España, Grecia e Italia, con tasas de más del 40 % de sobrepeso entre niños y niñas de seis a nueve años. De manera que España se

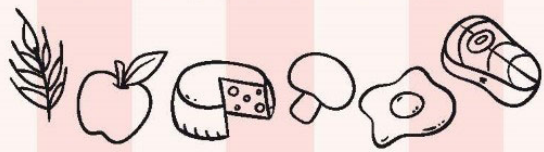
sitúa entre unos de los países europeos con tasas más altas de sobrepeso y obesidad infantil.

Llegados a este punto te invito a reflexionar. Después de saber que la alimentación de nuestros hijos depende de nuestras decisiones, de la importancia que van a tener sus primeros alimentos y a pesar de que nuestra generación hayamos crecido con leche con cacao y galletas, ¿crees que es la mejor opción para ellos? ¿Podemos hacerlo mejor? ¿Y si desde el inicio pudiéramos ofrecerles solo alimentos saludables y de una manera natural y respetuosa? Vamos a ver que sí es posible.

PRINCIPIOS BÁSICOS

1

BREVE HISTORIA DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL AUTORREGULADA



Cuando los bebés se acercan a los seis meses, empezamos a fijarnos más en los productos dirigidos a la alimentación infantil que

podemos encontrar en los supermercados o farmacias, incluso nos llegan a casa muestras de preparados de cereales hidrolizados que se pueden ofrecer a partir de los cuatro meses —hablamos de ellos en la pág. 149—, nuestra familia nos recuerda los enormes platos de papillas que nos comíamos con cuatro o cinco meses… Todo apunta a que los triturados y este tipo de productos infantiles son la única opción, la manera tradicional de alimentar a los bebés y que es necesario pasar por esta etapa de transición con papillas antes de incorporar los sólidos. No solo eso, incluso la «industria procesada *baby*», como suelo llamarla, nos hace creer que sus preparados repletos de vitaminas y minerales son necesarios y más adecuados que la propia alimentación familiar.

Pero también hay bebés que inician la alimentación complementaria comiendo trozos de alimentos blanditos con sus propias manos, baby-led weaning le llaman ahora. ¡Bebés sin dientes que aprenden a comer con trozos de comida de casa sin triturar! Un invento moderno, piensan algunos… Si les dijeran a nuestras abuelas y bisabuelas que lo que ya hacían ellas con sus hijos hoy es toda una revolución, se quedarían realmente sorprendidas. Y así es, hoy en día ver a un bebé de seis meses comiendo un trozo de fruta es revolucionario. Y lo es porque durante los últimos años se ha normalizado que los bebés deben tomar ciertos productos «para bebés» que al final lo que parece raro y lo que da miedo es ofrecer alimentos normales y sin triturar.

Es curioso que no sea normal ver a un bebé de seis meses comerse un plátano o un trozo de brócoli con sus manitas, pero sí que esté normalizado ver a un bebé de seis meses —o menos— comer unas galletas o unos Aspitos.

Pero, ojo, nuestras abuelas no solo hacían baby-led weaning, también eran *realfooders* y dominaban el *batch cooking,* la diferencia es que no utilizaban un sofisticado nombre para ello como lo hacemos ahora, así que no hemos descubierto nada… Realmente, la

alimentación dirigida por el bebé o el baby-led weaning no es un invento moderno, es algo que se lleva practicando desde el principio de la existencia del ser humano, cuando no existía la Babycook, ni básculas para pesar alimentos ni pautas con estrictos horarios y cantidades. Seguro que los primeros alimentos que comieron nuestros abuelos de bebés no venían dentro de un tarro de cristal ni de una caja de cartón. Ni las madres se aseguraban de pesar una cantidad concreta de comida y dársela cada equis horas a sus pequeños.

Los primeros preparados destinados a la alimentación infantil como la famosa *Farine Lactée* de Nestlé se empezaron a producir en España a principios del siglo XX. Y la primera Minipimer se comenzó a fabricar en España a finales de 1950, ¿cómo se ha podido alimentar entonces la población infantil sin triturados ni productos infantiles industriales?

A lo largo de la historia los niños, después del periodo de lactancia exclusiva, empezaban su alimentación complementaria con la comida que había en casa, como mucho aplastada con un tenedor o, como me explicaba mi padre, si era un alimento duro la madre lo masticaba antes. Cuando el bebé estaba preparado para comer él solo acercaba la mano al plato desde el regazo de la madre y se llevaba la comida a la boca. Sin medir cantidades y sin aviones de papilla voladores, confiaban en su autorregulación.

DESDE EL NACIMIENTO, LOS NIÑOS, IGUAL QUE EL RESTO DE SERES VIVOS, SABEN CUÁNTO Y CUÁNDO DEBEN COMER.

Durante el periodo de lactancia exclusiva confiamos en la

capacidad de los niños para poder alimentarse según sus señales fisiológicas y ofrecemos la lactancia a demanda. Pero algo debe pasar al incorporar la alimentación complementaria que nos hace creer que los bebés pierden esa capacidad de autorregulación y somos los adultos los que empezamos a controlar sus ingestas, colocando cucharadas de alimentos en su boca hasta que han comido la cantidad que nosotros consideramos que es suficiente. ¿Por qué? ¿Qué cambia al inicio de la alimentación complementaria que nos pueda hacer creer que los bebés han perdido su capacidad de autorregulación de la ingesta? Nada. Siguen siendo los mismos, con la misma capacidad para controlar la cantidad de comida que necesitan.

Como vemos, que los niños sean capaces de regular su alimentación no es una novedad, pero, además, en 1939 la pediatra Clara Davis presentó un estudio que se podría considerar el primer experimento sobre alimentación autorregulada sobre el que se conocen datos. Y aunque la investigación carece de solidez suficiente —y, además, resulta muy poco ética—, llegó a ser muy conocida en la época y sus resultados aún nos dan mucho que pensar. Davis realizó su investigación con un grupo de quince niños que tenía en acogida durante un periodo máximo de cuatro años y medio. Eran huérfanos o de familias sin recursos, con edades comprendidas entre los siete y los nueve meses de edad, que únicamente habían tomado pecho. Clara Davis quería demostrar que los bebés saben exactamente lo que necesitan comer y para ello expuso a los niños a una dieta en la que ellos podían decidir tanto los alimentos como la cantidad a comer en cada ingesta. Se ofrecía a los bebés un total de treinta y tres alimentos en su formato natural, sin mezclar, sin sazonar, y una enfermera les acompañaba por si necesitaban ayuda para alimentarse, pero no podía influir en sus decisiones alimentarias ni animarles a comer. Los resultados al final del experimento fueron sorprendentes. Todos los niños habían

elegido una dieta diferente, pero extraordinariamente equilibrada con una distribución media de 17 % de proteínas, 35 % de grasas y 48 % de carbohidratos. Todos estaban sanos, incluso los que no lo estaban al inicio del estudio —algunos lo habían iniciado con bajo peso y raquitismo—. Cada niño había optado por una combinación de alimentos impredecible y tenían sus preferencias alimentarias individuales, pero ninguno escogió la clásica dieta de leche con cereales, la supuestamente más adecuada para los bebés. Incluso en niños con un consumo nulo o mínimo de leche durante periodos prolongados, la mineralización ósea observada en las radiografías era perfecta. Según la autora, parte del motivo de estos resultados se debe a una «trampa». Todos los alimentos que se les daban eran saludables y en cantidad suficiente, algo complicado en la época. Además, solo se les habían ofrecido alimentos sin procesar y sin azúcar. Aun así, hay que admitir que estos primeros resultados sobre la autorregulación infantil son extraordinarios. Cualquiera de estos quince niños podría haber decidido alimentarse de manera inadecuada y no fue así, todos lograron un equilibrio alimentario correcto.

Durante un tiempo la idea de la autorregulación se mantuvo, pero las recomendaciones sobre alimentación infantil fueron cambiando a lo largo de los años, principalmente para ir adaptándose a los cambios que ha sufrido la lactancia. En la década de 1960 la edad de inicio de la alimentación complementaria se había adelantado a los dos o tres meses, y en la de 1990 rondaba los tres o cuatro. Que se adelantara la incorporación de alimentos complementarios a una edad en la que los bebés aún no son capaces de autoalimentarse, de escoger qué alimentos comer, ni por supuesto de masticar, sumado al *boom* de la «industria procesada *baby*», supuso que este tipo de dieta se volviera cada vez menos variada, más homogénea en textura y sabor y, por supuesto, con cantidades y horarios cada vez más controlados.

Pero en el año 2001 la Organización Mundial de Salud aconsejó promover la lactancia materna exclusiva durante seis meses como una recomendación de salud pública. Estas nuevas indicaciones de iniciar la alimentación complementaria a esta edad y no antes, como se venía haciendo desde años atrás, marcaron un punto de inflexión en la historia de la alimentación infantil.

A los seis meses la maduración de los bebés y sus habilidades motoras están más desarrolladas que a los tres o cuatro meses.

Por ese motivo muchos padres y profesionales comenzaron a cuestionarse la posibilidad de permitir a los bebés autoalimentarse y la necesidad de iniciar la alimentación complementaria sin pasar por una etapa de transición solo con triturados. Es decir, iniciar la diversificación alimentaria sin la presencia exclusiva de triturados y confiando en su capacidad de autorregulación alimentaria.

La publicación en 2008 de un libro sobre este enfoque de alimentación hizo que esta corriente empezara a ganar impulso. Y, aunque las propias autoras afirmaban en su libro que este método había existido desde siempre, ellas fueron quienes lo dieron a conocer con el nombre de baby-led weaning o BLW.

Durante los últimos años se han llevado a cabo numerosas investigaciones y estudios sobre la alimentación autorregulada por el bebé, el más conocido es el Baby-led Introduction to SolidS (BLISS) llevado a cabo en Nueva Zelanda en 2015, que nos proporciona pautas e indicaciones sobre todo en cuanto a la seguridad del método.

Sin embargo, a pesar de la evidencia científica reciente, del

respaldo de diferentes organismos oficiales y de las directrices de la OMS vigentes desde hace casi veinte años, hoy en día los bebés siguen recibiendo sus primeros alimentos antes de lo recomendado y se sigue pensando que esos enormes platos de papilla azucarada que comimos nosotros cucharada tras cucharada son la única y mejor opción para alimentar a nuestros pequeños.

Existe otra alternativa, se puede pasar de la leche al bocadillo sin pasar por esa etapa de triturados, dejando que los bebés aprendan a comer solos de manera natural.

2

QUÉ ES EL BLW

La traducción literal de baby-led weaning sería «destete dirigido por el bebé». Pero el término «destete» no hace referencia a abandonar la lactancia, sino a la incorporación de otros alimentos distintos a la

leche. Se podría traducir al español como alimentación complementaria autorregulada, alimentación complementaria dirigida por el bebé o alimentación complementaria a demanda.

No hay un consenso claro sobre la definición de baby-led weaning o BLW. De hecho, ya hemos dicho que la alimentación autorregulada es algo que se lleva practicando desde el principio de la existencia del ser humano, pero en la actualidad tenemos un nombre para ello y hay una serie de indicaciones para llevar a cabo este «método de alimentación».

Antes de continuar tengo que aclarar que no soy partidaria del concepto «método de alimentación». Tras años trabajando como nutricionista y tras la experiencia que me han regalado mis tres maravillosos hijos, creo que no se puede —ni se debe— aplicar un método para que los niños coman o aprendan a comer, sino que debe ser la alimentación la que se adapte a cada familia, situación, posibilidades y, sobre todo, a cada bebé. Por eso precisamente no encontrarás en estas páginas unas normas estrictas con horarios, alimentos, cantidades… para «practicar el BLW», sino información y consejos para saber cómo ofrecer la alimentación de una manera natural, segura y sin estrés.

Por el mismo motivo no encontrarás «recetas BLW», ya que no necesitarás preparar comidas especiales a tu bebé. Él comerá los mismos alimentos que los adultos, aunque veremos consejos sobre cómo adaptar y preparar algunos para poder compartir las comidas familiares. Además, siempre intento transmitir algo que considero fundamental para vivir esta etapa:

ES IMPORTANTE QUE LOS BEBÉS DISFRUTEN,
PERO LA FAMILIA TAMBIÉN.

Así que son los alimentos los que se deben adaptar a cada bebé y a cada familia, y deberíamos sentir confianza con cada bocado que ofrecemos. Si no te sientes segura ofreciendo plátano a tu bebé, puedes empezar por un trozo de pan. Cada familia y cada bebé vivirá esta etapa de una forma diferente y, si necesitas apoyo, las nutricionistas te podemos acompañar para adaptar la alimentación a cada situación particular —evidentemente no solo recomiendo visitar a una nutricionista si realizas BLW*,* sería aconsejable hacerlo para resolver cualquier cuestión relacionada con la nutrición y la alimentación—.

Vamos a ver, ahora sí, qué es el BLW. Este enfoque de alimentación consiste en la incorporación progresiva de alimentos complementarios a la dieta, manteniendo la lactancia como alimento principal, sin la necesidad de pasar por una etapa exclusiva de alimentación con triturados, permitiendo al bebé autoalimentarse con sus propias manos y decidir qué y cuánto comer. El bebé aprenderá a comer solo sin que los adultos dirijan su alimentación, sentado en la mesa con el resto de la familia, viviendo la alimentación como una experiencia positiva e interactiva. Los adultos le ofrecerán alimentos saludables, habituales en la dieta familiar y en cantidad suficiente, el bebé experimentará con su textura, color, olor,… y cuando lo necesite y esté preparado decidirá qué alimentos comer y en qué cantidad, a su ritmo y guiado por sus señales de hambre y saciedad.

Permitir al bebé decidir sobre su alimentación es la forma más saludable pero también más respetuosa de ofrecerle los alimentos.

Por eso el BLW no hace referencia solo a la alimentación, se trata de una forma de crianza respetuosa en la que vamos a permitir a nuestro bebé experimentar y descubrir los alimentos que formarán parte de su alimentación a su ritmo. Empezará a comer utilizando su instinto, sus propias habilidades, sin engaños, sin distracciones, sin cucharas voladoras buscando una boca donde aterrizar.

Además, cada comida se convertirá en toda una experiencia sensorial donde podrá descubrir olores, sabores, colores, texturas y temperaturas. Podrá descubrir también los alimentos mientras se divierte y disfruta, creando una relación positiva en torno a la mesa familiar y un vínculo importante diversión-alimentación que se podrá mantener a lo largo de los años.

QUE LOS NIÑOS APRENDAN A COMER SOLOS PARECE QUE ES LA MANERA MÁS NATURAL Y CON MÁS SENTIDO DE EMPEZAR A COMER.

Igual que los niños aprenden a gatear, hablar o caminar cuando están preparados, aprenderán a comer si les damos la oportunidad, unos antes y otros después. Pero si confiamos en sus capacidades poco a poco irán descubriendo que esos nuevos juguetes son comestibles y podremos disfrutar todos de una experiencia agradable, relajada y divertida.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL BLW

1

LACTANCIA A DEMANDA

La lactancia materna o artificial se mantienen a demanda y como alimento principal hasta los doce meses.

2

MESA FAMILIAR

El bebé se integra en la mesa familiar y come la misma comida que el resto.

3

AUTOALIMENTACIÓN

El bebé se alimenta de manera activa y consciente, primero con sus manos y después con cubiertos.

4

FORMATO ADAPTADO

Los alimentos se ofrecen en un formato adaptado al desarrollo motor. Grandes primero y en trozos pequeños después.

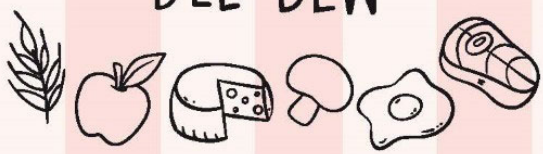
5

EL BEBÉ DECIDE

Podrá experimentar, descubrir y jugar cuando esté preparado. Aprenderá a comer a su ritmo y decidirá qué y cuánto comer.

3

BENEFICIOS E INCONVENIENTES DEL BLW



En mi trayectoria como nutricionista me he encontrado con padres o madres bastante reacios a llevar a la práctica una alimentación libre de avioncitos y de cucharadas por mamá, por papá y por

numerosos miembros de la familia. Cuando la pareja me pide que les convenza siempre explico lo mismo: mi papel no es convencer a nadie. Yo ofrezco la información y son ellos quienes deben considerar qué es lo que les hace felices, con qué modelo de crianza se sienten más identificados y a partir de ahí ofrecer la alimentación a sus hijos con cariño y respeto.

Independientemente del tipo de alimentación, siempre recuerdo mis dos principios básicos para la alimentación durante la infancia: nunca obligar a comer y ser ejemplo.

Y a lo largo de mi trayectoria como mamá he tenido que enfrentarme a muchos más comentarios de personas reacias a este tipo de alimentación, opinólogos que como veremos son uno de los inconvenientes de llevar a la práctica el BLW. Y las preguntas que más se repiten son:

- ¿Por qué le das trozos pudiéndole dar papillas?
- ¿Por qué no le das purés si aún no tiene dientes?
- ¿Por qué le dejas que juegue con la comida?
- ¿Por qué come con las manos?
- ¿Por qué sigue tomando tanta teta?…

Como escribió Aristóteles: «Todo en la naturaleza tiene su razón». Y si llega un momento en el que los niños son capaces de alimentarse por ellos mismos con trozos grandes de alimentos, ¿por qué no permitírselo? Es lo natural. Igual que no frenaríamos a un bebé que se levanta y quiere dar sus primeros pasos, ¿por qué vamos a frenar a uno que tiene la capacidad de agarrar la comida con la mano, llevársela a la boca y masticarla con las encías?

Además de ser la forma más lógica de que empiece a comer, el baby-led weaning tiene una serie de beneficios que veremos a continuación.

1. Favorece al mantenimiento de la lactancia exclusiva hasta los seis meses.

Los estudios muestran que las familias que optan por el BLW suelen atender a las recomendaciones de la OMS y mantener la lactancia exclusiva hasta los seis meses. Sin embargo, una gran parte de las que optan por alimentar a sus bebés solo con triturados inician la alimentación complementaria antes de lo recomendado. Además, se ha observado un aumento de la duración media de la lactancia materna en los bebés que realizan BLW respecto a los alimentados con triturados.

2. Los bebés se alimentarán siguiendo sus señales innatas de hambre y saciedad.

Con el BLW el bebé es quien controla su propia ingesta, sin distracciones y sin que nadie le fuerce o le anime a comer.

Se alimentará siguiendo su instinto, atendiendo a sus señales fisiológicas. Esto favorecerá a un mejor control del apetito y, por tanto, a un mejor control sobre la energía ingerida.

Esta autorregulación de la energía por sí misma ya es una ventaja, pero, además, se podría asociar con un menor riesgo de obesidad en la infancia e incluso en la edad adulta. Actualmente hay estudios que muestran mejores tasas de sobrepeso en niños de hasta seis años y medio que han practicado BLW respecto a los

alimentados a cucharadas; sin embargo, un estudio publicado en 2017 no mostró diferencias significativas en las tasas de obesidad en niños de dos años. La realidad es que aún no disponemos de estudios suficientes ni a largo plazo para poder valorarlo. Así que tenemos que esperar más para saber cómo puede influir la práctica del BLW sobre las tasas de obesidad en la infancia y en la edad adulta.

Lo que sí podemos afirmar es que estrategias como presionar, obligar, premiar o castigar con alimentos, además de ser antiético, son prácticas que interfieren en la propia sensación de saciedad del niño y se relacionan con una dieta menos variada y con un mayor riesgo de obesidad.

INDEPENDIENTEMENTE DEL MÉTODO DE ALIMENTACIÓN ELEGIDO, HAY QUE PERMITIR A LOS NIÑOS ALIMENTARSE ATENDIENDO A SUS PROPIAS SEÑALES DE HAMBRE Y SACIEDAD Y NO ANIMARLES A COMER ESA ÚLTIMA CUCHARADITA MÁS.

3. Los bebés comen en familia.

Una de las características del BLW es que, aunque el bebé come solo, no ha de estar solo comiendo, siempre debe estar en compañía. Esto es imprescindible por motivos de seguridad, pero comer en familia los mismos alimentos saludables también hace que las comidas se conviertan en un momento de aprendizaje. Los niños

aprenderán a comer y a utilizar los utensilios a través de la imitación, y, además, viendo comer a los adultos tendrán más interés por consumir los mismos alimentos saludables que el resto de la familia.

Que los niños compartan la mesa con sus padres, abuelos y hermanos también tiene múltiples beneficios. Entre otros:

- Se asocia con un efecto beneficioso en las relaciones familiares.
- Con un vínculo positivo con la comida.
- Con hábitos alimentarios más saludables.
- Favorece la autoestima.
- Supone un factor preventivo de la obesidad y de los trastornos de la conducta alimentaria.

La alimentación es un importante acto social del que tenemos que hacer partícipes a los más pequeños. Incluso antes del inicio de la alimentación complementaria es recomendable empezar a acercar a los bebés a la mesa, que nos acompañen durante las comidas, para que se sientan integrados en el núcleo familiar y vayan descubriendo que hay momentos durante el día en los que nos reunimos para charlar y compartir alimentos. Las comidas son oportunidades para compartir con nuestros hijos una maravillosa actividad, conversando, explicándonos cómo ha ido nuestro día, disfrutando de nuestra compañía… Es importante que los niños vivan las comidas como una experiencia positiva y agradable.

4. Mejora los hábitos alimentarios de la familia.

Como hemos visto, los bebés que inician su alimentación complementaria con un enfoque BLW comerán el mismo menú que los adultos. Por ese motivo las familias suelen aprovechar este momento para revisar y mejorar sus hábitos alimentarios.

5. Reduce tiempo.

Comer juntos y los mismos alimentos también facilita la elaboración de las comidas y reduce tiempo en la cocina.

En lugar de invertir tiempo en preparar a los pequeños una comida diferente, triturarla y dársela cucharada a cucharada, se hará una única y comeremos todos a la vez.

6. Mayor aceptación de alimentos.

Con la alimentación exclusiva con triturados los bebés reciben todos los alimentos en una sola textura y se suelen seguir pautas de incorporación estrictas en las que se retrasan distintos alimentos.

LA PREPARACIÓN DE LOS PURÉS CONLLEVA QUE EL MENÚ, ADEMÁS DE HOMOGÉNEO EN TEXTURA, TAMBIÉN LO SEA EN SABOR.

Los niños que siguen un enfoque BLW son expuestos desde el principio a una dieta más variada en texturas y con más variedad de alimentos y sabores. Ofrecer una dieta más variada, además de asociarse con un menor riesgo de sobrepeso infantil, supone una gran ventaja en cuanto a la aceptación de alimentos.

Por una parte la evidencia sugiere que existe una ventana crítica para la incorporación de los alimentos sólidos y las texturas. De manera que no haber incorporado alimentos sólidos entre los seis y los nueve meses de edad se asocia con un mayor riesgo de dificultades de alimentación y con un menor consumo de frutas y verduras, tanto a corto como a largo plazo. Así lo explicó también el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología,

Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN) en su documento sobre Alimentación Complementaria en 2017. La Asociación Española de Pediatría (AEP) también aconseja empezar con texturas grumosas y semisólidas lo antes posible, nunca más tarde de los ocho o nueve meses.

Por otra parte, ofrecer a los niños durante su primer año de vida una dieta variada en alimentos y sabores se asocia también a una mayor aceptación de alimentos nuevos y a un mayor consumo de frutas y verduras durante al menos los primeros seis años de vida.

7. Hábitos más saludables.

Comer en familia los mismos alimentos saludables promueve una conducta dietética más sana desde la primera infancia. Se ha visto que los niños tendrán menos probabilidades de escoger alimentos insanos y esto se relaciona con un patrón alimentario futuro más saludable.

8. El bebé descubrirá los alimentos de manera individual.

En una alimentación exclusiva con triturados todas las comidas tienen el mismo aspecto. En cambio, los bebés que practican BLW descubrirán la forma, el color, el sabor, el olor y la textura de cada alimento de manera individual.

Cada comida será una oportunidad para conocer los alimentos que formarán parte de su dieta. Y acostumbrarse a ellos en este periodo, además de suponer un placer para su paladar y un aprendizaje, favorecerá una mayor aceptación de alimentos en un futuro y, por tanto, será un beneficio en la etapa de neofobia alimentaria —ver pág. 155—.

9. Cada comida se convierte en una experiencia sensorial.

Comiendo solos con las manos podrán jugar, descubrir, divertirse y experimentar.

Descubrir los alimentos de una manera agradable y positiva se relaciona con una actitud saludable hacia la alimentación.

10. Favorece el desarrollo motor y a la coordinación.

Comer con las manos hace que los bebés practiquen la coordinación visomotora, donde se utilizan de forma simultánea el sistema visual y el motor. La mayor parte del conocimiento se adquiere a través de esta función, acciones como cortar, pintar, pegar, etc., ejercitan este proceso que luego sirve para empezar con la escritura de letras y números.

Además, coger los alimentos con las manos les ayuda a entrenar su motricidad fina. Comenzarán dando manotazos para intentar coger un trozo de patata y a las pocas semanas tendrán la precisión suficiente para comer lentejas solo con los dedos.

11. Favorece al correcto desarrollo craneofacial.

Iniciar la alimentación complementaria con una dieta variada en texturas favorece el correcto crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales de los lactantes.

Como explica la Sociedad Española de Ortodoncia, el tipo de alimentación que se les da hoy en día a los niños tiende a ser cada vez más blanda y fácil de tragar.

LA MASTICACIÓN ES UNA FUNCIÓN IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO CRANEOFACIAL DEL BEBÉ. INVOLUCRA ESTRUCTURAS COMO LOS DIENTES, LA LENGUA, MÚSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES

QUE PERMITIRÁN EL DESARROLLO CORRECTO DE LAS ESTRUCTURAS FACIALES.

De manera que una dieta excesivamente blanda se relaciona con más riesgo de maloclusiones, problemas en la función masticación-deglución, riesgo de respiración oral e incluso se asocia con problemas en el desarrollo del habla.

12. Favorece a su autoestima.

Poder hacer cosas por sí solos, como alimentarse, les ayuda a desarrollar la confianza, la seguridad y la autoestima.

Y ADEMÁS

- **Se evitan productos infantiles azucarados y poco saludables**
- **Se evitan los avioncitos y los engaños**
- **Es respetuoso**
- **Es práctico**
- **Es divertido**
- **Es económico**
- **Es natural**

Pero no todo son ventajas. Que los niños aprendan a comer solos también tiene sus inconvenientes. Las familias que decidan iniciar la alimentación complementaria con el enfoque BLW van a tener que enfrentarse a algunos problemas como las manchas y los

comentarios de terceras personas.

1. La suciedad.

Sí, un bebé aprendiendo a comer solo se ensuciará. Y también ensuciará la mesa, el suelo y es probable que incluso al resto de la familia.

Podemos utilizar accesorios para minimizar los daños como baberos con recogedores de alimentos incorporados, proteger el suelo o lo más práctico si hace buena temperatura: sentar al bebé sin ropa y después darle un baño. Algo que a mí me ha funcionado es tener algunas prendas únicamente para las horas de las comidas, así, cuando no podamos quitarle la ropa por la temperatura, le pondremos esa sin miedo a que la ensucie.

La suciedad es tal vez un inconveniente, pero podemos plantearnos las comidas como una actividad en la que van a divertirse a pesar de las manchas. Igual que si fueran al parque a jugar con la tierra o hicieran una sesión de pintura.

Son niños, los niños se ensucian y no hay suciedad que no solucione un baño.

2. Los opinólogos.

Como hoy lo habitual no es ver a un bebé de seis meses comerse un aguacate a mordiscos, siempre habrá amigos, conocidos e incluso desconocidos que cuestionen nuestro modelo de alimentación o se muestren preocupados por cuestiones como los posibles atragantamientos o el riesgo de ferropenia. Como veremos en capítulos posteriores, no existe más riesgo de sufrir atragantamientos o déficit de hierro en los niños que realizan BLW que en los que se alimentan exclusivamente con triturados.

EL RIESGO NO ESTÁ ASOCIADO AL TIPO DE ALIMENTACIÓN, SINO A LOS CONOCIMIENTOS O AL ASESORAMIENTO QUE HAYA RECIBIDO LA FAMILIA.

Además, igual que pasa con cualquier aspecto relacionado con la maternidad, recibiremos opiniones, sugerencias, consejos desactualizados e incluso comentarios como: «Pues tú te comías unos platos enormes de puré y aquí estás». Críticas muchas veces de allegados que siguen pensando que es más importante la cantidad que la calidad. Y que lo que «alimenta» al bebé es el enorme plato de puré de verduras en lugar de la leche materna o la fórmula, que tiene que ser el alimento principal durante el primer año de vida.

Curiosamente, esos familiares al ver a los niños «en acción» suelen quedarse impresionados, se olvidan de las preocupaciones iniciales y muestran orgullosos los avances y la evolución de sus pequeños en sus grupos de WhatsApp.

Pero si no es así, si se muestran reacios, preocupados e incluso cuestionan nuestras decisiones, es porque no saben en qué consiste esta manera de incorporar la alimentación complementaria. Paciencia. Y volviendo a citar a Aristóteles: «No tenemos conocimiento de nada hasta que comprendemos por qué». Y qué mejor forma de conocer que informarles y, por qué no, animarles a que lean este libro.

¿Tendrá anemia? ¿Se atragantará? ¿Comerá lo suficiente? Son las preocupaciones más habituales y que abordaremos en las siguientes páginas.

Y precisamente para valorar estos posibles riesgos y aportar recomendaciones para practicar BLW con seguridad, surgió la versión BLISS.

Esta versión mejorada del BLW apareció en un estudio llevado a cabo en Nueva Zelanda y publicado en 2015, en el que mantenían los principios del BLW, pero proponían unos consejos específicos como:

• Ofrecer en cada comida:

— Un alimento rico en hierro: carne, pescado, legumbres…

— Un alimento rico en energía: pan, cereales, patata, aguacate, frutos secos triturados, plátano…

— Una fruta o una verdura.

• Utilizar recursos para reducir el riesgo de asfixia (los detallaremos en el siguiente capítulo).

En definitiva, se trata de ofrecer a los pequeños alimentación saludable de una manera sensata, y así evitar deficiencias nutricionales y atragantamientos.

Empezaremos, ahora sí, hablando sobre el hierro. Y es que la ferropenia o deficiencia de hierro representa la carencia nutricional más extendida en el mundo. La principal consecuencia es la anemia ferropénica, que es la enfermedad hematológica más frecuente en la población infantil. Según datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS de 2016, un 41,7 % de los niños menores de cinco años padece anemia y la prevalencia para este grupo de edad en España es del 13,1 %.

LA INFANCIA ES UNA ETAPA CON UN ELEVADO RIESGO DE FERROPENIA, ESPECIALMENTE DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS POR EL

ELEVADO RITMO DE CRECIMIENTO.

Se estima que en los primeros doce meses de vida el bebé triplica su peso de nacimiento y crece unos veinticinco centímetros. ¿Te imaginas alcanzar en un año la mitad de tu altura actual? ¡Este rápido crecimiento no se volverá a repetir el resto de la vida! Debido a ello, durante el segundo semestre las necesidades de hierro aumentan de forma importante: de 0,27 a 11 mg/día.

A este brusco incremento de los requerimientos de hierro se le unen otros factores que hacen que en el segundo semestre el riesgo de ferropenia sea algo frecuente. Por una parte es una etapa en la que los bebés pueden tener un acceso limitado a fuentes dietéticas de hierro suficientes, y por otra es cuando se pueden empezar a agotar las reservas de hierro fetal.

La fuente principal de hierro de los recién nacidos es el almacenado en las últimas semanas de gestación —el 80 % de este se acumula durante el tercer trimestre—. Sin embargo, existen factores que pueden aumentar el riesgo de nacer con unas bajas reservas de hierro fetal:

— Una patología materna (ferropenia, diabetes o preeclampsia), nacer con bajo peso para la edad gestacional, la prematuridad o las gestaciones múltiples, proporcionarán a los bebés menores depósitos de hierro intrauterinos.

— Una hemorragia umbilical, extracciones sanguíneas múltiples, hemorragia placentaria o el pinzamiento precoz del cordón umbilical aumentarán las pérdidas de sangre del recién nacido.

Los bebés nacidos sanos y en condiciones adecuadas de estatus de hierro materno, peso al nacer, edad gestacional y tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y alimentados con lactancia materna exclusiva deberían tener unas reservas de hierro adecuadas para cubrir sus necesidades durante los primeros seis-ocho meses de

vida aproximadamente. Durante este primer semestre reciben un aporte adecuado de hierro a través de la leche materna —o de las fórmulas enriquecidas— y al iniciar la alimentación complementaria los nuevos alimentos empezarán a cubrir ese aumento de los requerimientos. El problema viene cuando se llevan a cabo prácticas dietéticas inapropiadas que limitan el acceso a los alimentos ricos en hierro y pueden incrementar el riesgo de ferropenia como:

— Prolongar la lactancia materna exclusiva más allá de los seis meses.

— La introducción de la leche de vaca antes de los doce meses.

— Iniciar la alimentación complementaria sin la presencia de alimentos ricos en hierro.

LA BIODISPONIBILIDAD DEL HIERRO ES LA PROPORCIÓN DE HIERRO DE LA DIETA QUE ES

ABSORBIDO Y UTILIZADO POR EL CUERPO.

El principal factor que influye sobre la biodisponibilidad de este mineral es la forma química en la que se presenta en los alimentos: hierro hemo, o hemínico, y hierro no hemo, o no hemínico.

También es importante mencionar que el nivel de reservas corporales incide en la tasa de absorción. Así, cuando existen depósitos bajos de hierro, se desarrolla la capacidad de elevar el porcentaje de absorción y viceversa.

De manera que el hierro hemo se encuentra en alimentos de origen animal como carnes, pescados y mariscos, y su tasa de absorción varía entre un 15-25 % en personas sin deficiencia y un 25-35 % en personas con deficiencia. El calcio inhibe su absorción —hasta un 30 % aproximadamente—, así como el horneado o la fritura por tiempo prolongado.

Y el hierro no hemo se encuentra en alimentos como legumbres, frutos secos, cereales, verduras y en la yema de huevo. Su tasa de absorción es inferior y varía entre un 2 y un 20 % dependiendo del estatus de hierro en el organismo y de los factores dietéticos que podemos ver a continuación.

FACTORES ALIMENTARIOS QUE FAVORECEN LA ABSORCIÓN DEL HIERRO NO HEMO

VITAMINA C	**Fresa, kiwi, limón, mandarina, mango, naranja, brócoli, tomate, pimiento, perejil...**
OTROS ÁCIDOS ORGÁNICOS COMO EL CÍTRICO	**Limón, naranja, mandarina...**
FACTOR CÁRNICO	**Carne roja y blanca, pescado y marisco**

VITAMINA A, BETACAROTENOS	**Calabaza, boniato, zanahorias, pimiento rojo, tomate, papaya, melón…**
FRUCTOSA	**Frutas, zanahoria, pimiento, cebolla, maíz…**

FACTORES ALIMENTARIOS QUE INHIBEN LA ABSORCIÓN DEL HIERRO NO HEMO

FITATOS	**Frutos secos, legumbres, cereales, cacao…**
POLIFENOLES (TANINOS)	**Café, té, cacao, espinacas, remolacha, berenjena…**
FOSFATOS	**Lácteos, bebidas gaseosas, huevo…**
CALCIO	**Lácteos…**
OXALATOS	**Espinacas, acelgas, borrajas, remolacha…**

- ¿Por qué se asocia el BLW con más riesgo de ferropenia?

Seguramente, cuando informes a tu entorno de que en lugar de comprar «cereales de farmacia» vas a ofrecer a tu bebé los alimentos que coméis en casa, entre ellos los cereales como el pan, el arroz, la pasta…, se queden un poco preocupados.

En el caso de bebés alimentados con triturados, el primer alimento que se suele introducir son los cereales hidrolizados, que están fortificados con hierro. Los niños que inician la alimentación complementaria siguiendo el enfoque BLW no toman este tipo de cereales enriquecidos, lo que podría asociarse a una posible ingesta inadecuada de hierro.

Pero ¿los cereales fortificados son mejor fuente de hierro que los alimentos de casa ricos en hierro? La realidad es que consumir estos cereales no nos garantiza que nuestro bebé esté tomando una buena

fuente de este mineral. Vamos a ver el motivo.

En primer lugar, se suelen utilizar harinas refinadas con un contenido inferior en hierro que un cereal de grano completo, como podrían ser unos macarrones o un pan integral, ¡cuatro veces inferior en el caso del trigo integral! De aquí ya podríamos intuir que es mejor ofrecer un trozo de pan integral con tomate que una papilla de ocho cereales con miel. Pero ¿y el hierro que le añaden para enriquecerlos?

Para la fortificación de las harinas se utilizan diferentes compuestos de hierro, pero estos tienen una biodisponibilidad muy variable.

El sulfato ferroso sería la forma de hierro añadida de mejor solubilidad en el estómago del bebé y de mejor biodisponibilidad. El problema de utilizar este compuesto es que causa alteraciones en el sabor, color, olor y textura del producto final, por eso no se suele utilizar. Además, hay que tener en cuenta que su tasa de absorción depende del estatus de hierro del bebé y de la presencia de promotores e inhibidores en la comida. De manera que, aunque sería la mejor alternativa, al mezclarlo con leche para preparar la papilla disminuiría su tasa de absorción.

El compuesto que más se utiliza para enriquecer los cereales hidrolizados es el fumarato ferroso, que causa menos problemas sensoriales en el sabor, olor…; sin embargo, este compuesto tiene una capacidad de absorción reducida en los niños pequeños, debido a una menor concentración de ácido gástrico.

Si en los cereales leemos «enriquecidos con hierro», no nos creemos grandes expectativas; si ese hierro está en forma de fumarato

ferroso, difícilmente lo podrá absorber un bebé.

Otra forma en la que podemos encontrar el hierro en los cereales fortificados es como difosfato, ortofosfato o pirofosfato férrico. En este caso, sus niveles de solubilidad y de absorción son tan reducidos que su aporte de hierro a la dieta se considera dudoso.

De manera que la «industria procesada *baby*» nos vende que los cereales enriquecidos en hierro son necesarios para cubrir los requerimientos de nuestros bebés. Pero ese hierro es difícilmente absorbible. Y los que sí contienen un compuesto de mejor absorción, los mezclamos con leche que contiene inhibidores y dificultarán su asimilación. ¿Y si en lugar de cenar ese biberón de cereales hidrolizados el bebé cenara una hamburguesa de pescado? ¿O un puré de garbanzos con limón, el conocido hummus?

Si iniciamos la alimentación complementaria ofreciendo buenas fuentes dietéticas de hierro, no existe más riesgo de ferropenia. Así lo explican diferentes estudios, como el llevado a cabo con bebés que seguían BLISS en 2018, que indican que no hay diferencia en la ingesta de hierro entre los lactantes alimentados con cuchara y los que realizan BLW y reciben alimentos altos en hierro en cada comida. La Asociación Española de Pediatría en su documento sobre alimentación complementaria publicado en 2018, también señala que «cuando el BLW se analiza en contextos en los que los padres han recibido una información básica, no se han encontrado diferencias en estado nutricional, ingesta de hierro o atragantamientos».

De hecho, como hemos visto, los niños que siguen un enfoque BLW pueden incluso ingerir más hierro y de mejor biodisponibilidad si los cuidadores realizan una correcta elección y combinación de alimentos.

LA INGESTA DE HIERRO EN LOS LACTANTES NO DEPENDE DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN, DEPENDE UNA VEZ MÁS DE LAS DECISIONES DE LOS ADULTOS, DE LA ELECCIÓN DE ALIMENTOS REALIZADA Y DEL ASESORAMIENTO NUTRICIONAL RECIBIDO, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE EL BEBÉ SIGA UNA ALIMENTACIÓN EXCLUSIVA CON TRITURADOS O UN ENFOQUE BLW.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA EN BEBÉS

• La OMS aconseja el pinzamiento tardío del cordón umbilical —entre uno y tres minutos después de dar a luz—, para asegurar el paso de sangre de la placenta al recién nacido.
• No ofrecer leche de vaca a menores de doce meses, ya que es pobre en hierro y este es menos biodisponible, contiene inhibidores que dificultan la absorción del hierro del resto de alimentos, puede desplazar a alimentos más nutritivos y se asocia con microhemorragias intestinales. Mantener la lactancia materna o lactancia artificial.
• Ofrecer desde el inicio de la alimentación complementaria **dos raciones diarias de alimentos ricos en hierro** junto con

promotores de su absorción como alimentos ricos en vitamina C.

• Evitar en las comidas principales **alimentos que sean ricos en calcio,** como yogures, postres lácteos…, así como otros inhibidores.

• **Utilizar técnicas para disminuir los inhibidores del hierro.** Por ejemplo: los oxalatos son termosensibles y se reducen con la cocción; acompañar las comidas con alimentos ricos en vitamina C contrarresta la acción de los fitatos; evitar cocciones prolongadas mejora la biodisponibilidad del hierro…

COMIDAS RICAS EN HIERRO PARA TODA LA FAMILIA

• Hamburguesas de salmón con pimiento

• Macarrones con boloñesa de pollo y zanahoria

• Pan integral (sin sal) con tomate

• Gachas de avena con fresas

• Albóndigas de pavo con salsa de tomate rallado

• Hummus con zanahorias al horno

- Tofu salteado con calabaza
- Barritas de merluza con limón rebozadas en harina de almendras y horneadas

- Bolitas de patata rellenas de soja texturizada y pimiento

- Hamburguesas de guisantes y cebolla con limón

El miedo al atragantamiento es el más extendido entre las familias y el principal motivo por el que se suele alargar la etapa de alimentación exclusiva con triturados.

Recuerdo la reacción de mi entorno cuando vieron a mi hija merendar un plátano en lugar de un potito multifrutas. Y es que si hoy no es habitual que los bebés merienden un plátano a mordiscos, hace unos años lo era aún menos. Cuando comíamos fuera de casa y la veían tan pequeñita frente a su plato de macarrones, podíamos sentir las miradas de alrededor divididas entre el asombro y el miedo. En el parque nos pasaba lo mismo: en lugar de tomar de merienda un triturado de frutas a cucharadas, nos sentábamos con ella y comía una fruta a trozos. Muchos padres nos decían:

—¿Así le dais la fruta? ¿No se atraganta?

Pero ¿los bebés que inician su alimentación con un enfoque BLW tienen más riesgo de atragantarse que los que toman triturados?

Entiendo que se pueda pensar que sí y que ofrecer trozos de alimentos desde los seis meses pueda causar temor entre las familias. Estamos tan acostumbrados a ver a los bebés iniciar la alimentación complementaria con triturados que creemos que es lo normal y la única opción. Pero hay que confiar en que en el momento que los pequeños son capaces de agarrar un alimento blandito y llevárselo a la boca, también lo serán de masticarlo con las encías y deglutirlo. Igual que al nacer son capaces de encontrar el pecho materno por sí solos y ponerse a mamar, llegará un momento en el que su instinto les permitirá autoalimentarse de forma segura.

Para empezar, al principio solo tendrán la capacidad de coger trozos de alimentos grandes, por lo que es muy poco probable que otros pequeños como los guisantes, que serían peligrosos en esta etapa, acaben en su boca.

CUANDO TENGAN LA HABILIDAD DE HACER PINZA Y ALIMENTARSE DE LOS PEQUEÑOS,

TAMBIÉN SERÁN CAPACES DE COMERLOS SIN QUE SUPONGAN UN RIESGO.

De modo que las habilidades motrices se irán desarrollando a medida que el bebé vaya adquiriendo la capacidad de comer más variedad de alimentos, y esto puede contribuir a la seguridad del BLW. Hay que aclarar que no todos los alimentos que un bebé pueda coger con las manos y llevarse a la boca van a ser seguros para él. Independientemente del método de alimentación utilizado, se deberán evitar algunos considerados de riesgo y se tendrán en cuenta ciertas pautas de seguridad. Esto lo detallaremos más adelante.

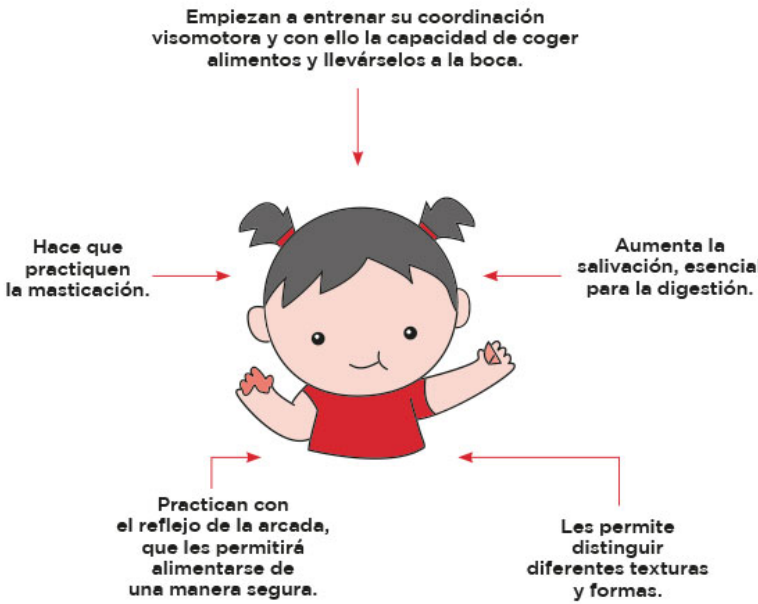
También es importante saber que el bebé se está preparando para masticar de forma segura durante sus primeros seis meses, incluso podríamos decir que antes de nacer ya empieza a entrenarse para ello.

En la etapa uterina aparecen los reflejos innatos de succión y deglución, que son clave para su supervivencia.

Es fácil encontrar imágenes o vídeos de ecografías donde se chupan el dedito o tragan líquido amniótico; yo tengo la suerte de tener un vídeo de mi segundo hijo. Un recuerdo maravilloso.

Unas semanas antes de nacer los pequeños son capaces de coordinar los reflejos de succión y deglución que les permitirá alimentarse del pecho de la madre. Tras el nacimiento y durante los

primeros meses de vida, la lactancia facilitará que las estructuras de la mandíbula se desarrollen de forma adecuada para iniciar la alimentación complementaria masticando con las encías. Pero durante este tiempo ocurre algo más que está relacionado directamente con el inicio de la alimentación. En torno a los tres o cuatro meses empezarán a llevarse las manos a la boca para explorarlas —además de objetos, juguetes…— y aunque a veces los adultos tenemos tendencia a apartárselas, es algo muy beneficioso para ellos.



Como podemos ver, aunque la masticación no es una función prenatal como la succión, los meses de entrenamiento previos succionando, sumados a la etapa de introducción de manos, puños, juguetes e incluso pies en la boca les prepara para poder alimentarse de sólidos blanditos alrededor de los seis meses.

Así lo indicó la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) en 2013, explicando que «los alimentos complementarios

pueden ser alimentos de cuchara o alimentos que los niños puedan coger con sus manos», los conocidos como *finger foods*. Y en su último documento sobre alimentación complementaria de 2019 volvía a fomentar la autoalimentación haciendo hincapié en que «los niños adquieren habilidades para comer trozos de alimentos con sus dedos entre los seis y los ocho meses».

LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA (AAP) TAMBIÉN EXPLICA QUE HAY QUE FOMENTAR LA AUTOALIMENTACIÓN Y QUE ES IMPORTANTE EXPONER A LOS NIÑOS A UNA AMPLIA VARIEDAD DE SABORES Y TEXTURAS.

Además, los pequeños disponen de un sistema innato para prevenir los atragantamientos: las arcadas. Y es importante saber diferenciarlas de los atragantamientos.

El reflejo faríngeo, conocido como arcada, es una contracción involuntaria de la musculatura de la faringe para evitar la obstrucción accidental de las vías respiratorias.

Es decir, es un mecanismo de protección para evitar un

atragantamiento. Cuando un trozo de comida es demasiado grande y, por tanto, peligroso, se activa este reflejo alejándolo de las vías aéreas y devolviéndolo a la parte más anterior de la boca para poder masticarlo mejor. En los bebés el reflejo se sitúa en una zona media de la lengua, y a medida que van creciendo, se va desplazando hacia la parte posterior de la garganta, donde lo tenemos los adultos. De manera que las arcadas no son síntomas de atragantamiento; debemos estar tranquilos, ya que cuando se activa este reflejo la comida estará lejos de las vías respiratorias.

¿QUÉ HACER ANTE LAS ARCADAS?

• **No dar golpes en la espalda ni introducir los dedos en la boca.** El alimento podría trasladarse a la garganta y provocar un atragantamiento real.
• **Dejar que el bebé las gestione solo.** No se está atragantando, está expulsando de la boca los trozos grandes y permitiendo el paso de la comida bien masticada.
• **Mantener la calma.** El bebé no sufre, seguirá comiendo como si nada hubiera ocurrido.

Hay niños que presentan muchas arcadas al empezar a comer, pero cuanto más practiquen y experimenten, antes aprenderán a gestionar los alimentos y antes se retirarán las arcadas. Así se vio en un ensayo clínico aleatorio realizado en 2016 en el que se comprobó que los bebés que realizaban BLW tenían menos arcadas a los ocho meses que los que se alimentaban con cucharadas de papillas. Bajo mi propia experiencia, tengo que añadir que, aunque sepamos que el bebé no sufre, es normal que para los padres sea desagradable ver a nuestro pequeño sufrirlas. Pero hemos de recordar que no se está atragantando; con cada arcada está

aprendiendo a comer.

UN ATRAGANTAMIENTO ES LA OBSTRUCCIÓN PARCIAL O TOTAL DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS QUE PODRÍA DERIVAR EN ASFIXIA O AHOGAMIENTO, SITUACIÓN QUE SERÍA MUY PELIGROSA.

Es habitual que los niños —y los adultos— se atraganten con sólidos y líquidos como el agua o la leche, pero también lo es que lo resuelvan tosiendo y sigan comiendo con normalidad. En este caso no debemos actuar, la mejor manera de solucionar un atragantamiento es con la tos.

Estaríamos en una situación de riesgo cuando las vías se obstruyen de forma total, impidiendo el paso del aire y no existe tos productiva. Sería un episodio de asfixia o un ahogamiento.

SIGNOS DE PELIGRO DE UN AHOGAMIENTO VERDADERO

- **Incapacidad para llorar o hacer mucho ruido.**
- **Tos débil e improductiva.**
- **Sonidos suaves o chillones al inhalar.**
- **Dificultad para respirar. Las costillas y el pecho se retractan.**
- **Color azulado de la piel.**
- **Pérdida del conocimiento si la obstrucción no se alivia.**

En un estudio realizado entre los años 2010 y 2013 se comprobó que los cuerpos extraños relacionados con mayores episodios de asfixia en menores de tres años eran: las monedas —en el 75 % de los casos—, seguidos de las semillas de girasol, los cacahuetes y los juguetes. La AAP explica también que el 50 % de los casos de asfixia por atragantamiento son debidos a objetos de pequeño tamaño, tales como monedas, botones o juguetes pequeños. El otro 50 % lo ocuparían los alimentos que se consideran de riesgo y que, por supuesto, hay que evitar independientemente del tipo de alimentación.

Llegados aquí retomamos la pregunta, ¿los bebés que inician su alimentación con un enfoque BLW tienen más riesgo de atragantarse que los que toman triturados?

Después de todo lo expuesto podemos deducir que no, vamos a ver lo que dicen los estudios.

En el ensayo clínico aleatorio publicado en 2016 que compara el riesgo de atragantamiento entre bebés que practican BLW con consejos para minimizar el riesgo de asfixia (BLISS) y los que siguen una alimentación de cuchara, no se encontraron diferencias en el riesgo de atragantamiento. Por tanto, hay que considerar que el BLW puede ser tan seguro como la alimentación con triturados siempre que se tengan en cuenta ciertas pautas de seguridad, que son las mismas para todo tipo de alimentación. Sin embargo, al 52 % de los niños a los siete meses y al 94 % de los lactantes a los doce de ambos grupos se les ofrecieron alimentos con riesgo de asfixia, lo que resulta preocupante. Un gran número de niños son expuestos a alimentos de riesgo y no son supervisados mientras comen, algo muy peligroso y que puede derivar en accidentes graves. También se explica que los bebés pueden atragantarse con una amplia variedad de alimentos sólidos y líquidos, por eso todas las familias deben saber proporcionar alimentos seguros y actuar ante un episodio de asfixia. De hecho, de los tres episodios de

atragantamiento que se produjeron durante este ensayo y que requirieron de ayuda médica, dos de ellos no se dieron por un alimento sólido, sino por la leche —en el grupo BLW—. Y el otro sucedió porque el cuidador colocó un alimento directamente en la boca del bebé —en el grupo de alimentación con triturados—, algo que, como veremos, nunca se debe hacer por motivos de seguridad.

Los resultados de otro ensayo clínico publicado en 2018 también muestran que el BLW puede ser una alternativa de alimentación complementaria segura sin aumentar el riesgo de asfixia. De una muestra de doscientos ochenta lactantes la incidencia de asfixia fue de dos en el grupo BLW y de tres en el grupo de bebés que se alimentaban con triturados. En todos los casos los alimentos culpables fueron la manzana y la zanahoria cruda.

De manera que tal y como indica la AEP, «siguiendo unas normas básicas de seguridad, no hay diferencias en el riesgo de atragantamiento. A todas las familias, independientemente del método utilizado, se les debe educar en la prevención de atragantamientos».

EL RIESGO DE SUFRIR UN ATRAGANTAMIENTO NO DEPENDE DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN, LOS CUIDADORES DEBEN CONOCER LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y EVITAR LOS ALIMENTOS DE RIESGO.

Además, recordemos que en un 50 % de los casos estos atragantamientos ocurren por objetos, no por alimentos, por lo que es importante evitar todos los riesgos posibles y saber cómo actuar ante una posible situación de asfixia desde el momento en el que

nos convertimos en padres y madres.

RECURSOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE ASFIXIA

1 Probar los alimentos antes de ofrecerlos para comprobar que son lo suficientemente blandos como para aplastarlos contra el paladar con la lengua.

2 Evitar ofrecer alimentos que forman una masa en la boca.

3 Comprobar que los alimentos como mínimo son tan grandes como el puño del niño.

4 Asegurarse de que el bebé está siempre sentado en posición vertical al comer, nunca inclinado hacia atrás. Ha de estar sentado en una trona o en el regazo de su cuidador.

5 Nunca hay que dejar al bebé solo con comida; siempre tiene que haber un adulto con él cuando esté comiendo.

6 Nunca permitir que nadie, excepto el bebé, le introduzca comida en la boca. Debe comer a su propio ritmo y bajo su propio control.

7 Evitar distracciones. Comer frente a pantallas, distraer con juguetes… aumenta el riesgo de asfixia.

ALIMENTOS QUE DEBEN EVITARSE POR SU RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO

EL ESTUDIO BLISS Y DIFERENTES ASOCIACIONES MÉDICAS COMO LA AAP Y LA AEP ACONSEJAN EVITAR CIERTOS ALIMENTOS HASTA LOS CUATRO–CINCO AÑOS

Se pueden ofrecer cocinados o en forma de harina formando parte de recetas y elaboraciones (porridge con crema de cacahuete, salsas con harina de almendras…) desde el inicio de la AC.

Se pueden ofrecer partidos en cuatro partes (a lo largo y de manera longitudinal) y sin hueso cuando el bebé pueda hacer pinza o triturados formando parte de otros alimentos (tortitas con arándanos, tortilla con tomates cherry…) desde el inicio de la AC.

Las salchichas, debido a su forma, tamaño y textura son un alimento de alto riesgo. Lo ideal es evitarlas por motivos nutricionales, pero si se consumen, deben ser cortadas longitudinalmente o en pequeños trozos.

Por textura se considera un alimento de riesgo.

Lo ideal es evitarlo por motivos nutricionales, pero, además, pueden ser tragados sin deshacerse, obstruyendo las vías aéreas. Pueden provocar asfixia. Un grano de maíz puede alojarse en alguna zona del pulmón y provocar una infección por cuerpo extraño.

FRUTOS SECOS ENTEROS, CACAHUETES, MAÍZ TOSTADO, SEMILLAS GRANDES (PIPAS DE GIRASOL O DE CALABAZA)

ALIMENTOS ESFÉRICOS ENTEROS (UVAS, ACEITUNAS, CEREZAS, TOMATES CHERRY, ARÁNDANOS)

SALCHICHAS, ZANAHORIAS O CUALQUIER OTRO ALIMENTO SIMILAR CORTADO EN RODAJAS. TROZOS DE CARNE CORTADOS EN CUBOS, TROZOS PEQUEÑOS DE CARNE DURA, TROZOS DE CARNE CON PIEL

TROZOS GRANDES DE QUESO

CARAMELOS DUROS, GOMINOLAS, CHICLES, MALVAVISCOS

PALOMITAS DE MAÍZ

MANTEQUILLA DE CACAHUETE O CREMA DE FRUTOS SECOS SOLA

Por su textura pegajosa si se consume de manera aislada puede obstruir las vías aéreas. Se puede ofrecer desde el inicio de la AC formando parte de las recetas y de las elaboraciones.

VEGETALES CRUDOS (EL APIO O LA ZANAHORIA)

La zanahoria se puede ofrecer rallada cuando el bebé sepa hacer pinza y cocinada y cortada en bastones (no en rodajas) desde el inicio de la AC.

MANZANA CRUDA

Se debe evitar cruda tanto entera como laminada al inicio de la AC. La manzana se puede ofrecer cocinada desde el inicio o rallada cuando sepan hacer pinza.

SE DEBERÁN EVITAR AL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

ALIMENTOS PEQUEÑOS ENTEROS (COUSANTES, GARBANZOS, MAÍZ EN GRANO O MAZORCA) Y FRUTAS DESHIDRATADAS (PASAS O ARÁNDANOS...)

Riesgo de aspiración tanto servidas solas como formando parte de elaboraciones.

FRUTA DURA O POCO MADURA

Hay que asegurarse si están maduras antes de que tengan la textura adecuada.

GAJOS DE MANDARINA O NARANJA PEQUEÑOS SIN PELAR

Se pueden ofrecer pelados o partidos a tiras cuando el bebé sepa hacer pinza.

TORTITAS DE ARROZ, DE MAÍZ O SIMILAR, CHIPS DE MAÍZ (NACHOS), PATATAS CHIPS, CRACKERS, REBOZADOS DUROS COMERCIALES

Evitar cualquier alimento duro o quebradizo que pueda partirse en trozos pequeños duros sin deshacerse.

Por motivos nutricionales, se debería evitar que los bebés

EMBUTIDOS COMO EL JAMÓN SERRANO

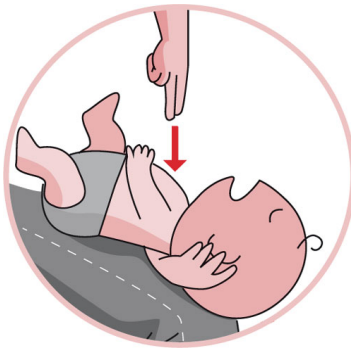
consumirlo con jamón serrano. Además, es un alimento que no se deshace fácilmente y, por tanto, susceptible de provocar atragantamientos.

PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE AHOGAMIENTO EN BEBÉS MENORES DE UN AÑO

- **Colocar al bebé boca abajo a lo largo del antebrazo apoyado en nuestro muslo sosteniendo su pecho con nuestra mano y la mandíbula con los dedos.**

- **La cabeza tiene que estar mirando hacia abajo y a un nivel inferior a su cuerpo.**

- **Darle 5 golpes fuertes entre los omóplatos con el talón de la mano.**



• **Si el objeto no ha sido expulsado lo colocamos boca arriba apoyado en nuestro muslo.**

• **Situamos dos dedos en la mitad de su esternón (por debajo de los pezones) y damos 5 comprensiones rápidas hacia abajo.**

• **Continuamos con la serie de 5 golpes y 5 compresiones hasta que expulse el objeto o pierda el conocimiento.**

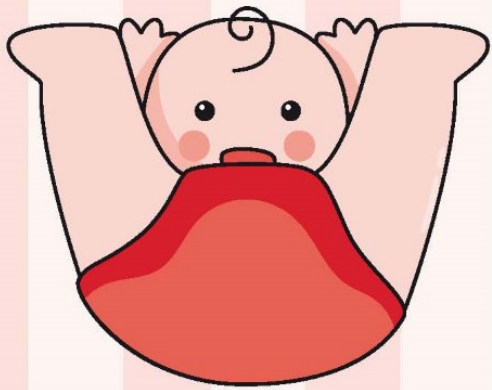
• **Retirar el objeto con el dedo ÚNICAMENTE si podemos verlo.**

• **Nunca debemos intervenir si el bebé tose con fuerza, llora o respira bien.**

SI EL BEBÉ PIERDE EL CONOCIMIENTO, NO RESPONDE, DEJA DE RESPIRAR O SE PONE AZUL:

- **Gritar pidiendo ayuda.**

- **Realizar RCP durante un minuto y después llamar a emergencias.**



Para vivir esta etapa de una manera feliz y sin tensiones es fundamental aprender a confiar en el bebé y confiar en ti.

De la misma manera que sabemos que un pequeño toma la

cantidad de leche que necesita del pecho materno, cuando tenga a su alcance otro tipo de alimentos saludables, también tendrá la capacidad de comer lo suficiente para satisfacer así sus necesidades nutricionales. Un niño no decide pasar hambre de manera voluntaria.

EL HAMBRE ES UN MECANISMO DE SUPERVIVENCIA INNATO QUE NOS IMPULSA A ALIMENTARNOS CUANDO EL ORGANISMO NECESITA NUTRIENTES.

Y como ya hemos visto en capítulos anteriores, nacemos con un mecanismo de autorregulación que nos permite atender a nuestras señales fisiológicas de hambre y saciedad. Por tanto, los bebés, desde el nacimiento, son capaces de alimentarse para cubrir sus requerimientos, siempre que tengan comida a su alcance. Proporcionarles alimentos saludables y seguros será nuestra responsabilidad, además de crear un ambiente agradable para que puedan disfrutar mientras aprenden a su ritmo. De decidir la cantidad, se encargan ellos.

El problema es que en ocasiones los niños no comen lo que esperamos, ya que nos hemos creado unas expectativas poco realistas. De manera que creemos que si no se acaban todo el plato de puré de verduras con pollo «comen poco», cuando en realidad están comiendo lo que necesitan.

Entonces, ¿un bebé que sigue un enfoque BLW comerá lo suficiente? ¿Aunque no se acabe toda la comida del plato? Para empezar, si se autoalimenta, podrá comer cuando tenga hambre y

dejar de hacerlo cuando no necesite más. Si no se lo acaba no hay problema, podemos estar tranquilos.

Hay que tener en cuenta que es normal que un bebé que se alimente con triturados coma más cantidad.

Los purés suelen tener una densidad energética inferior al contener más agua, por lo que ocupan más volumen y da la sensación de que comen más.

Quizá en dos trozos de patata, uno de zanahoria y otro de pollo hay más energía —y nutrientes— que en un plato de puré. Además, un niño que come solo se alimenta a su ritmo y se toma el tiempo necesario para cada bocado. Podrá comer lo que necesite controlando mejor sus señales de saciedad que si otra persona le administra el puré en la boca sin que pueda decidir la velocidad y, probablemente, intentando que se acabe el plato o animando a comer la popular cucharadita de más. Que, por cierto, ¿por qué tiene que acabarse la cantidad de comida exacta que otra persona le ha puesto?

ANIMAR A LOS NIÑOS A COMER POR ENCIMA DE SU VOLUNTAD ES ANTIÉTICO Y, ADEMÁS, DETERIORA SU CAPACIDAD PARA REGULAR EL CONSUMO DE ENERGÍA.

Es una práctica bastante habitual, pero que se considera obesogénica, predispone a obsesiones, aversiones alimentarias e incrementa el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia. Pertenecer al «club del plato limpio» no tiene ventajas, aunque la mayoría de adultos formemos parte de este multitudinario club. Somos capaces de comer grandes cantidades con la única finalidad de vaciar el plato sin atender a nuestro instinto natural.

¿Y qué dicen los estudios sobre los niños que comen solos? ¿Tienen más riesgo de desnutrición o deterioro en su crecimiento que los alimentados con cucharadas de purés? Los ensayos clínicos aleatorios publicados hasta la fecha indican que el BLW con asesoramiento puede ser un tipo de alimentación complementaria sin riesgo de deterioro del crecimiento. En uno de ellos, publicado en 2017, en el que se comparaba un grupo de bebés alimentados con purés con otro que se autoalimentaba, se observó que ningún pequeño tuvo retraso de crecimiento. Los resultados refutan la preocupación de que los bebés que se autoalimentan pueden no comer lo suficiente. También se observó que el mismo número de niños en ambos grupos sufrió desaceleración en su aumento de peso —algo normal durante la infancia—, pero fue transitoria y mejoró con el tiempo.

Otra publicación de 2018 indicaba que el BLW con asesoramiento parecía dar como resultado una dieta tan nutricionalmente adecuada como la alimentación con triturados. Sin embargo, los bebés de ambos grupos tuvieron unas ingestas altas de azúcar y sal a los veinticuatro meses, unos datos que resultan preocupantes.

Así que, una vez más, que los niños se alimenten de una manera adecuada, saludable y suficiente depende de los adultos, de sus decisiones, independientemente de que el bebé siga una alimentación exclusiva con triturados o se autoalimente con un enfoque BLW.

Si a un bebé se le da triturados sin respetar sus señales de saciedad, tendrá riesgo de sobrealimentación.

Si sus purés no contienen el valor nutricional suficiente y, además, limitamos su alimentación, tendrá riesgo de desnutrición. De la misma manera que permitir al bebé autoalimentarse solo con trozos de verdura tendrá como consecuencia una dieta carente de nutrientes.

DESMONTANDO MITOS

- Cuanto más pesa un bebé, más sano está. FALSO
- Cuanto más come un bebé, mejor alimentado está. FALSO
- Todos los niños toman la misma cantidad de comida. FALSO
- Los primeros alimentos son más importantes que la leche (materna o artificial) y deben sustituirla. FALSO
- Solo los padres saben la cantidad de alimentos que necesita el bebé. FALSO
- Todos los bebés tienen las mismas necesidades. FALSO
- Si tu hijo rechaza la comida, te está rechazando a ti. FALSO

Cuando mi hija mayor se estrenó con la alimentación complementaria, no mostraba mucho interés por comer otra cosa que no fuera el pecho, algo que, como veremos, es totalmente

normal. Ante esta situación las familias tienden a interpretar que el BLW no es adecuado para su bebé, cuando en realidad la solución suele ser la paciencia y poner en práctica lo que yo llamo cronoterapia; es decir, permitir que el bebé se tome su tiempo. Además, la etapa previa de experimentación también forma parte del aprendizaje, y es vital en este periodo.

La verdad es que, tal y como indica la AEP, la mayoría de las familias pueden realizar BLW de una manera segura y eficaz. Aunque es cierto que en algunas situaciones, como las que se detallan a continuación, puede que se deba retrasar su inicio o que incluso esta no sea una opción conveniente.

En bebés prematuros hay que comprobar si existen complicaciones asociadas a la prematuridad que impidan realizar BLW. Los prematuros tardíos —nacidos entre la semana treinta y dos y treinta y siete— no suelen presentar dificultades, pero algunos necesitarán unas semanas más para adquirir los hitos necesarios que les permitan empezar esta alimentación. En ocasiones será necesario atender a la edad corregida de seis meses, pero, como en el caso de los nacidos a término, es importante realizar una valoración individual, ya que todos los bebés adquieren las habilidades a un ritmo diferente.

No se recomienda en niños con patologías, dificultades neurológicas o motoras que impidan la autoalimentación, la deglución, la adquisición de una postura segura para alimentarse o que afecten a la capacidad de reconocer las señales de hambre y saciedad, pues se puede comprometer la correcta nutrición del bebé.

La literatura también sugiere que no sería apropiado para niños que presentan retraso en el crecimiento debido a problemas relacionados con la función oral o motora. Los bebés con menos habilidades para alimentarse por sí mismos pueden empezar recibiendo ayuda de sus padres.

Y la duda más habitual: ¿el BLW es exclusivo para bebés amamantados? Todos nacen con la capacidad de autoalimentarse y de aprender a masticar, pero es cierto que la lactancia materna les prepara, especialmente, desde el primer día y supone la transición más natural de la leche a los sólidos. Vamos a ver los tres principales motivos:

1 Los bebés amamantados a demanda autorregulan su ingesta en función de sus señales fisiológicas.
Podrán controlar de una manera óptima la cantidad y la composición de leche que ingieren, dependiendo de la frecuencia y duración de sus tomas. Además, participan más activamente en su alimentación; son ellos los que extraen la leche, deciden sus horarios, la velocidad a la que maman y la cantidad que toman. En cambio, a los alimentados con fórmula, aunque esta también se dé a demanda, se les suelen imponer horarios y cantidades. Existe una tendencia a ofrecer el biberón cada equis horas, preparando la cantidad de leche que indica el fabricante y hasta que se vacía el biberón, en lugar de hacerlo hasta que están saciados. Además, la composición de la fórmula siempre es la misma.

La leche materna en cambio es un fluido vivo y cambiante y varía su composición a lo largo del tiempo, del día e incluso durante la toma para adaptarse a las necesidades del lactante.

Por ejemplo, al principio es más rica en agua, así, si el pequeño solo tiene sed, es posible que succione un poco y deje el pecho

enseguida. En cuanto a la grasa, a mayor drenaje del pecho, mayor cantidad de grasa recibirá; incluso se sabe que cuanto más seguidas son las tomas, más grasa contiene la leche. Los pequeños, en función de sus necesidades, tomarán a lo largo del día el volumen de leche con la composición ideal acorde a sus necesidades.

Otra diferencia está en el flujo de la leche, que si se usa biberón no depende del bebé, sino de la tetina, de la posición del biberón y del propio cuidador —que puede mover el biberón y aumentar el flujo, cosa que no pasa con el pezón y el reflejo de eyección—. Es decir, los bebés alimentados con biberón prácticamente no tienen que succionar para extraer la leche, no son ellos quienes controlan su ingesta y existe cierta tendencia a la sobrealimentación, ya que pueden acostumbrarse a que se acaba de comer cuando se vacía el biberón sin atender a sus señales de saciedad. Con el pecho materno, es el pequeño quien controla el flujo de leche que extrae y puede realizar las pausas que necesita.

2 La leche materna se tiñe de los sabores y aromas de los alimentos que consume la madre.

El bebé que toma pecho siempre tendrá un menú diferente y se irá preparando desde el principio para la alimentación familiar. La evidencia científica sugiere que existen periodos sensibles para el aprendizaje y la aceptación del sabor. Los bebés se familiarizan con los sabores que perciben a través del líquido amniótico y la leche materna.

Los que se alimentan con fórmula pierden la oportunidad de experimentar con los sabores

durante los seis meses previos al inicio de la alimentación complementaria.

Según las investigaciones realizadas, estas experiencias tempranas con los sabores a través de la leche materna facilitan la aceptación de los nuevos alimentos.

3 La succión del pecho durante la lactancia materna facilita que las estructuras de paladar y mandíbula se desarrollen adecuadamente.

Pues se estimulan ante todo los músculos y los huesos implicados en la futura masticación. No ocurre lo mismo con los bebés que se alimentan con biberón, ya que predomina el desarrollo de otros músculos que no están implicados en la masticación del adulto. Esto hace que los pequeños amamantados estén más preparados para masticar.

Asimismo, todos los bebés nacen con cierto grado de retrognatia —mentón o mandíbula retraída— que se considera fisiológica. A través de la succión del pecho se promueve el correcto avance mandibular, lo que facilita el inicio de la masticación.

Entonces, ¿pueden los bebés alimentados con fórmula iniciar la alimentación complementaria siguiendo el enfoque BLW? Por supuesto. Que la lactancia materna sea el precursor ideal del BLW y que los bebés amamantados puedan tener más facilidades para adaptarse no quiere decir que este tipo de alimentación no sea idónea para los pequeños alimentados con fórmula. De hecho, es un modo respetuoso, saludable y natural de incorporar la alimentación, independientemente del tipo de lactancia previa.

Respecto a la seguridad, en el estudio BLISS se incluyeron tanto a bebés alimentados con pecho como con biberón, por lo que se

considera compatible con ambos tipos de lactancia. Ahora bien, sería interesante conocer algunas apreciaciones para que los bebés alimentados con fórmula pudieran tener la mejor transición posible de la leche a los sólidos.

En este momento la mayoría de autores no hablarían sobre lactancia artificial. Como sanitaria mi deber es proteger y promover la lactancia materna. Pero soy consciente de la poca información que hay sobre este tema y cuando una madre decide alimentar a su bebé con fórmula —o no puede darle el pecho— no debemos cuestionar su decisión —igual que no lo hacemos cuando una madre decide dar pecho—.Hemos de apoyarla y proporcionarle todos los recursos que necesite para que pueda realizarlo de modo correcto.

Como ya había adelantado, el biberón se debe ofrecer sin horarios. Y no vale decir que se le da a demanda, pero si suele pedir un bibe de 240 ml a las nueve, otro a las doce, otro a las tres desde el primer día hemos de olvidarnos del reloj y confiar en sus señales.

Respecto a la cantidad, ¿decide el fabricante o el bebé? El pequeño manda. Que la proporción para preparar la fórmula sea un cacito por 30 ml de agua no quiere decir que deba tomar una cantidad múltiplo de treinta. ¿Por qué debe tomar 120 ml en lugar de cien? Debe comer hasta que esté saciado. Un truco que recomiendo en la consulta es preparar el biberón y taparlo con una muselina para no ver la cantidad que está tomando y eso pueda condicionarnos de algún modo a intentar que ingiera más leche. Cuando no quiera más se acabaría la toma, aunque aún quede leche en el recipiente. Si por lo contrario se termina todo, preparamos un poco más y se lo volvemos a ofrecer hasta que quede saciado.

Para acabar, la posición del pequeño y del biberón es muy importante, ya que un bebé tumbado con un biberón vertical recibirá la leche sin realizar ningún esfuerzo y con un flujo elevado. En cambio, poniendo en práctica el método Kassing, realizarán

esfuerzo para alimentarse y utilizarán su anatomía oral de manera muy similar a la lactancia materna.

OFRECER EL BIBERÓN CON EL MÉTODO KASSING

• Utilizar un biberón recto en lugar de uno anatómico.
• La base de la tetina debe ser estrecha para que el bebé pueda metérsela toda en la boca, como haría con el pezón.
• La tetina debe ser larga, para que llegue a la unión entre paladar duro y blando, como haría el pezón.
• Utilizar una tetina de flujo lento, así el bebé realizará un esfuerzo muy similar al de la lactancia materna para obtener la leche.
• La toma debería durar unos veinte minutos. Si toma el biberón en cinco-diez minutos el flujo es demasiado rápido.
• Las tetinas de silicona parecen ser más suaves y flexibles que las de látex.
• Colocar al bebé erguido sosteniéndolo por el cuello y la cabeza. El biberón en posición horizontal. De esta forma se elimina la gravedad.
• Para introducir el biberón hay que provocar previamente el reflejo de búsqueda. Pasar la tetina con suavidad por los labios hasta que abra la boca ampliamente e introducirla por completo. Inclinar el biberón lo justo para evitar que quede aire en la tetina.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

La Organización Mundial de la Salud denomina alimentación complementaria al periodo comprendido entre los seis y los

veinticuatro meses de edad aproximadamente que sirve de transición de la lactancia exclusiva a la dieta familiar.

Pero la alimentación no es solo nutrición. La etapa de diversificación alimentaria tiene como objetivos que los bebés descubran los alimentos —saludables— habituales en su casa y que empiecen a estar presentes en las comidas, además de cubrir sus necesidades energéticas y nutricionales. Todo esto de una forma gradual y paulatina.

La leche materna —o en su defecto, la de fórmula— va a seguir siendo la principal fuente nutritiva hasta los doce meses y, posteriormente, el niño iniciará una transición hasta integrarse en la mesa familiar, manteniendo la lactancia a demanda hasta los dos años como mínimo, y a partir de ahí, hasta que mamá y bebé quieran.

De manera que podemos diferenciar tres etapas en estos primeros años de vida:

—**Del nacimiento a los seis meses** sería el periodo de lactancia exclusiva (materna o con fórmula para lactantes).

—**De los seis a los doce** tendríamos el de la incorporación de la alimentación complementaria.

—**De los doce a los veinticuatro meses** nos encontraríamos con un periodo de transición a la dieta familiar.

ETAPAS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

DE 0 A 6 MESES

Lactancia exclusiva (materna o con fórmula para lactantes).

DE 6 A 12 MESES

Incorporación gradual de la alimentación complementaria.

DE LOS 12 A LOS 24 MESES

Transición a la dieta familiar.

El término «alimentación complementaria» sigue siendo uno de los peor interpretados de la alimentación infantil, incluso entre los profesionales sanitarios.

Es habitual llegar a la visita de pediatría de los seis meses y que la indicación sea:

—Empieza sustituyendo la toma de la merienda por una papilla de frutas.

Eso teniendo suerte, ya que en muchas ocasiones esa recomendación llega a los cuatro o cinco meses, e incluso nos pueden aconsejar añadir unas galletas a la papilla de frutas para que el bebé la acepte mejor y sea más nutritiva. Pero ¿los alimentos complementarios deben sustituir a la leche? ¿El aliño complementa a la ensalada o puede sustituirla y ser un plato único? Parece evidente que no reemplazaríamos el plato de ensalada por el aliño. El aliño forma parte de la ensalada, la complementa, pero no reduciríamos nuestro menú a una cucharada de aceite y otra de vinagre: tenemos claro que el plato principal es la ensalada.

Cuando el bebé empieza a ingerir otros alimentos además de la leche, hablamos de alimentación complementaria, no de

alimentación «de sustitución». La leche continuará siendo el plato principal y el resto, el complemento.

Así lo indican entidades como la Comisión Europea que recomienda que, aunque hay variaciones individuales, los alimentos complementarios son necesarios a partir de los seis meses aproximadamente, pero que «la leche materna, no obstante, debe seguir siendo la principal fuente nutritiva durante el primer año de vida». Por su parte la OMS dice que «la leche materna continúa aportando nutrientes de mejor calidad que los que existen en los alimentos complementarios, así como factores protectores». Y la AEP también explica que «la alimentación complementaria se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta». Por tanto, es importante no confundir la ensalada con el aliño, la leche con el complemento.

INICIAR LA DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA NO SIGNIFICA ABANDONAR LA LACTANCIA. ESTA SE DEBE MANTENER A DEMANDA Y COMO PRINCIPAL FUENTE NUTRICIONAL, EVITANDO DESPLAZARLA AL INCORPORAR LOS NUEVOS ALIMENTOS.

- ¿Cuándo empezar a reducir las tomas de leche?

Cuando los bebés comienzan a ingerir alimentos distintos a la

leche, lo hacen por curiosidad, por experimentar, por imitación, porque están descubriendo sabores y texturas, no para alimentarse. Aún no saben que esos juguetes con los que disfrutan, se ensucian y, a veces, se llevan a la boca les pueden calmar el hambre. Cuando vayan pasando los días y vayan ingiriendo más cantidad de alimentos ellos mismos irán reduciendo las tomas de leche de manera natural y, por supuesto, de forma gradual. No tengamos prisa, nuestro bebé irá marcando el ritmo.

Solo el niño tiene la capacidad de decidir cuándo tomar más alimentos y menos leche. Hay bebés que desde los seis meses muestran mucho interés y empiezan a dominar la técnica, otros que al principio se dedican más a experimentar en lugar de alimentarse, incluso hay pequeños que al comienzo se sienten interesados, pero a las pocas semanas prefieren dedicarse a jugar. Todo es normal. Todo está bien.

Hay que tener en cuenta que aunque el bebé empiece a tomar más alimentos, no siempre implica una reducción de tomas.

Si el bebé se alimenta con lactancia materna es probable que la madre no note ningún cambio en el número de tomas. Los pequeños obtienen del pecho alimento, pero también hidratación. Además, el pecho materno cubre igualmente otras necesidades: aporta seguridad, consuelo, placer… y la necesidad de succión. Un bebé no solo mamará para alimentarse y es habitual que la madre no perciba que está mamando menos.

En mi caso, no he sentido reducción en la frecuencia o duración de las tomas de leche con ninguno de mis hijos. Los tres se han

alimentado con lactancia materna, dos de ellos aún lo hacen, e iniciaron la alimentación complementaria siguiendo el enfoque BLW. Aunque las experiencias han sido maravillosamente diferentes, no puedo afirmar en ninguno de los tres casos que sus tomas se redujeran como consecuencia de empezar a ingerir más alimentos diferentes a la leche. Lo único que se reducía a medida que comían más era la cantidad de comida que teníamos que recoger del suelo.

En el caso de bebés alimentados con fórmula podemos encontrar más variedad. Hay niños que llegan a los doce meses tomando la misma cantidad de fórmula que tomaban con seis y otros que cumplen su primer año tomando tres biberones al día. Aunque también nos encontramos con otros que pueden seguir demandando el biberón con la misma frecuencia sin disminuir el número de tomas, pero a medida que empiezan a consumir más alimentos comienzan a tomar menos leche en cada toma como respuesta a su propia autorregulación.

- ¿Los alimentos se ofrecen antes o después de la leche?

Uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta al ofrecer los primeros alimentos es que hay que hacerlo cuando el bebé no tenga hambre. Y la respuesta habitual suele ser: «Pero, ¡si no tiene hambre, no comerá!».

Durante los primeros meses de la diversificación alimentaria si un bebé tiene hambre lo que tiene que tomar es leche.

De manera que el pecho siempre se va a ofrecer antes que el resto de los alimentos y no hay que preocuparse por estrictos horarios ni

cantidades, todo es mucho más sencillo: si el bebé tiene hambre, mamará. Y recordemos que también puede hacerlo para satisfacer otras necesidades, no solo las nutritivas.

Por otro lado, si no está hambriento evitamos que se siente en la mesa con ansiedad cuando aún no tiene capacidad para gestionar los alimentos.

SI UN PEQUEÑO QUIERE COMER Y NO SABE QUE ESOS JUGUETES PUEDEN SACIAR SU HAMBRE Y, PEOR AÚN, NO PUEDE LLEVÁRSELOS A LA BOCA CON FACILIDAD, SUFRIRÁ Y LA EXPERIENCIA SERÁ MUY NEGATIVA.

En el caso de bebés que toman fórmula también se ofrece la leche antes de los alimentos complementarios. El biberón, como el pecho, se ofrece a demanda y si tiene hambre, lo tomará.

- ¿Cuántas veces al día ofrecemos alimentos?

Todas las que comamos en familia. Siempre que podamos acompañar a nuestro pequeño será una buena ocasión para permitirle conocer los alimentos. Los niños son nuestros mayores admiradores y comiendo todos juntos disfrutarán, mostrarán más interés por descubrir, experimentar…

Cuanto más practiquen, más oportunidades

tendrán de aprender a comer.

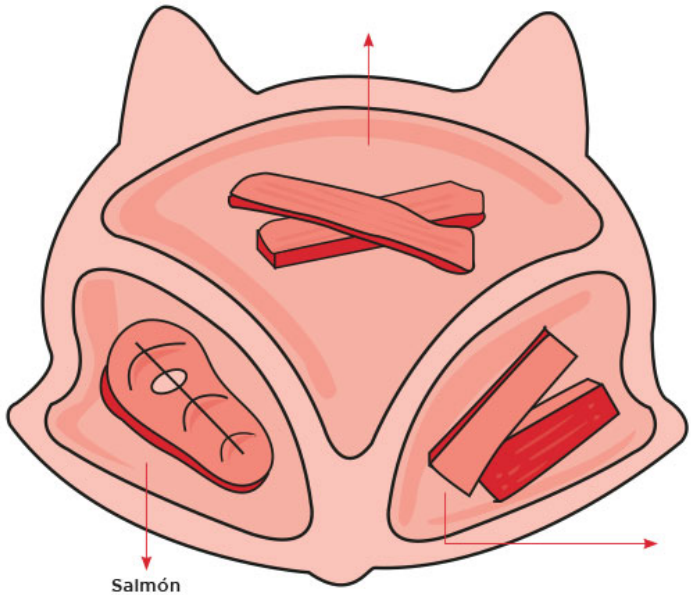
De manera que siempre que sea posible compartir la mesa con ellos —y estén receptivos— les ofreceremos alimentos. Podemos empezar dos veces al día e ir aumentando la frecuencia de manera progresiva.

Las recomendaciones orientativas de la OMS sobre el número de ingestas diarias son:

6 – 8 MESES	**2-3 comidas al día** **+ 1-2 tentempiés nutritivos en función del apetito**
9 – 24 MESES	**3-4 comidas al día** **+ 1-2 tentempiés nutritivos en función del apetito**

ALIMENTO ENERGÉTICO

Pan, cereales, patata, arroz, aguacate, frutos secos triturados, calabaza, plátano...



FRUTA Y/O VERDURA

ALIMENTO RICO EN HIERRO

Carne, pescado, legumbres, frutos secos triturados, cereales integrales...

El inicio del BLW es un momento esperado con ilusión por las familias, pero a la vez una etapa que crea muchas inseguridades en ellas. Como hemos ido viendo, el bebé es el que nos marcará los

tiempos y el que nos indicará de forma natural cuándo está preparado para empezar a autoalimentarse.

Para poder ingerir alimentos distintos a la leche es preciso que el organismo tenga la maduración necesaria a nivel renal, gastrointestinal, inmune y neurológico. Pero no es imprescindible tener que hacer una prueba específica al niño para cerciorarnos de ello, tan solo fijarnos en los signos que nos mostrará que ya está listo.

REQUISITOS PARA EMPEZAR EL BLW

1 Se mantiene sentado con apoyo.

2 Tiene la suficiente coordinación visomotora para coger los alimentos y llevárselos a la boca.

3 Ha perdido el reflejo de extrusión y ya puede tragar alimentos no líquidos.

4 Presenta un interés activo por la comida.

Como el resto de los hitos del desarrollo, no todos los pequeños van a estar preparados al mismo tiempo, aunque, curiosamente, estos rasgos aparecen alrededor de los seis meses de vida.

En lugar de marcar la fecha de su sexto cumplemés como comienzo de la alimentación complementaria, es conveniente estar atentos a las señales que el bebé enviará para hacernos saber que ya está dispuesto.

Es importante puntualizar que mantenerse sentado en la trona no quiere decir que tenga que saber sentarse solo. Alcanzar la sedestación por él mismo es algo que ocurrirá más adelante. Lo que se requiere es que pueda adquirir una postura segura para alimentarse y disponer de las dos manos libres.

En cuanto al reflejo de extrusión, mecanismo de protección innato para expulsar con la lengua cualquier alimento diferente a la leche, se suele perder entre los cuatro-seis meses. Es habitual que alimentar con papilla a cucharadas a un bebé de cuatro meses se convierta en una misión imposible, pues la devolverá con la lengua una y otra vez. Y aunque a veces se recomiendan prácticas como calentar la fruta para que la acepte mejor o añadir un par de galletas para endulzarla más, no se debe asociar este movimiento instintivo a problemas con el sabor o la temperatura.

Pero la señal más fiable para iniciar la alimentación

complementaria es que tenga interés por la comida y se la lleve a la boca, puesto que hasta que no se despierte en él esa necesidad de ingerir otros alimentos no lo hará. Es posible que se siente en una posición segura, que no tenga reflejo de extrusión, que su coordinación ojo-mano sea buena, pero que se lleve cualquier cosa a la boca excepto los alimentos.

La alimentación es un proceso evolutivo y los comportamientos alimentarios referidos a ella de los bebés son únicos, y como indica la AAP en su artículo «Breastfeeding and the Use of Human Milk», hay niños que incluso a los ocho meses no están listos para recibir alimentos complementarios. De la misma manera, hay algunos que unos días antes de cumplir los seis meses se lanzan por la comida y se la llevan a la boca. Ese es un indicio claro de que ya han adquirido las destrezas psicomotoras necesarias para manejarlos y tragarlos de modo seguro.

ANTE CUALQUIER DUDA LO MEJOR ES CONSULTAR CON EL PROFESIONAL DE SALUD CORRESPONDIENTE, QUIEN OFRECERÁ LAS DIRECTRICES PERSONALIZADAS MÁS ADECUADAS.

• Cómo saber si se cumplen los requisitos

La mejor forma es dándoles la oportunidad de participar en las comidas familiares. Siempre que sea posible, los pequeños deberían acompañarnos en la mesa, incluso antes de empezar la alimentación complementaria.

Seguro que como yo muchas veces has tenido que comer con tu hijo en brazos. Tarea complicada en ocasiones, pero muy positiva

para él. Desde pequeño se va acostumbrando a que nos reunimos para compartir alimentos, nos ve comer y disfruta de nuestra compañía. Así, cuando llegue el momento, no será una actividad nueva para él ni se encontrará en un ambiente extraño. Al acercarse a los seis meses comprobaremos de manera natural si está capacitado tan solo permitiéndole participar, por supuesto ofreciéndole alimentos adaptados.

• Falsas pistas

Sin embargo, en torno a los cuatro meses hay bebés que se quedan mirando fascinados a sus padres mientras comen, y puede ser una razón para incorporar precozmente la alimentación complementaria, pues piensan que lo hacen por hambre o porque ya tienen interés por la comida. La lactancia ha de ser a demanda, por lo que no deberían tener hambre, aunque si así fuera, a esta edad lo que tiene que saciar el hambre es la leche. ¿Y por qué nos miran tanto entonces? Porque son nuestros mayores admiradores y tienen curiosidad por cualquier actividad que realizamos como lavarnos los dientes o peinarnos. Mi hijo pequeño, por ejemplo, tiene auténtica obsesión por quitarme los cubiertos mientras como.

Asimismo, existen otras señales a esta edad que pueden confundirnos: la etapa en la que empiezan a llevarse las manos a la boca, pero no lo hacen por hambre, sino para explorarlas —hablamos de ello en el capítulo 5— y en la que aumentan los despertares nocturnos.

Los bebés se despiertan por la noche, forma parte de su naturaleza. Su estómago tiene un tamaño reducido, por lo que necesitan alimentarse con frecuencia y, además, estos despertares se asocian también a un sistema de alerta; necesitan la protección de sus padres de manera continua. Pero hay un periodo sobre los cuatro meses en el que empiezan a experimentar una transición hacia el sueño adulto y aumentan aún más sus despertares. Hay un

falso mito que asegura que una ración de cereales antes de acostarse les ayudará a dormir toda la noche. ¿Realmente es tan fácil como darles cereales antes de irse a la cama? No, con esto solo se consigue introducir de manera precoz la alimentación complementaria a través, normalmente, de un producto cargado de azúcar —hablamos de los cereales hidrolizados en el capítulo 12—. La realidad es que no existe relación entre cenar más o menos comida y el patrón de sueño nocturno, así se comprobó en un estudio publicado en la revista *Breastfeeding Medicine,* en 2015, que evaluó a setecientas quince familias con bebés de entre seis y doce meses. Además, no se encontraron diferencias en el número de despertares entre los alimentados con leche materna y los alimentados con fórmula.

La maduración del sueño no depende de la alimentación. A veces los niños se despiertan, forma parte de su desarrollo normal, y no saben volver a dormirse solos, por lo que reclaman los brazos de sus padres, el pecho, un biberón… Incorporar los cereales a los cuatro meses no va a hacer que los niños duerman más o mejor.

Otros motivos por los que se suele iniciar la alimentación complementaria antes de los seis meses es el tamaño del bebé: tanto si es pequeño como si es grande se cree que necesita una ayudita. Hablamos de la «percentilitis», esa grave obsesión por los percentiles y el peso que tanto daño hace a algunas familias. Se suele pensar que lo normal es el percentil 50 y que todos los que hay por debajo o por encima son niños con problemas de peso, cuando se puede estar completamente sano tanto en un percentil 3 como en el 97. La genética tendrá gran influencia en el percentil de los bebés. En cualquier caso, lo que sería motivo de preocupación es un cambio brusco de percentil, que podría ser indicador de alguna enfermedad y se debería valorar y tratar de manera individualizada por el equipo sanitario correspondiente.

EL TAMAÑO DEL BEBÉ NO ES UN INDICADOR DE LA EDAD EN LA QUE SE DEBEN EMPEZAR A INCORPORAR LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS.

- Riesgos de un inicio precoz

La edad mínima establecida para recibir alimentos complementarios, según la ESPGHAN, son las diecisiete semanas, aunque aconseja atender al desarrollo individual de cada bebé, y como indica la EFSA lo recomendable es esperar hasta el medio año debido a que «tener la capacidad fisiológica para comer otros alimentos no implica que sea lo más adecuado». Por razones nutricionales, y según dice la OMS, la mayoría de los lactantes necesitan alimentos complementarios además de la leche materna y/o la fórmula a partir de los seis meses de edad.

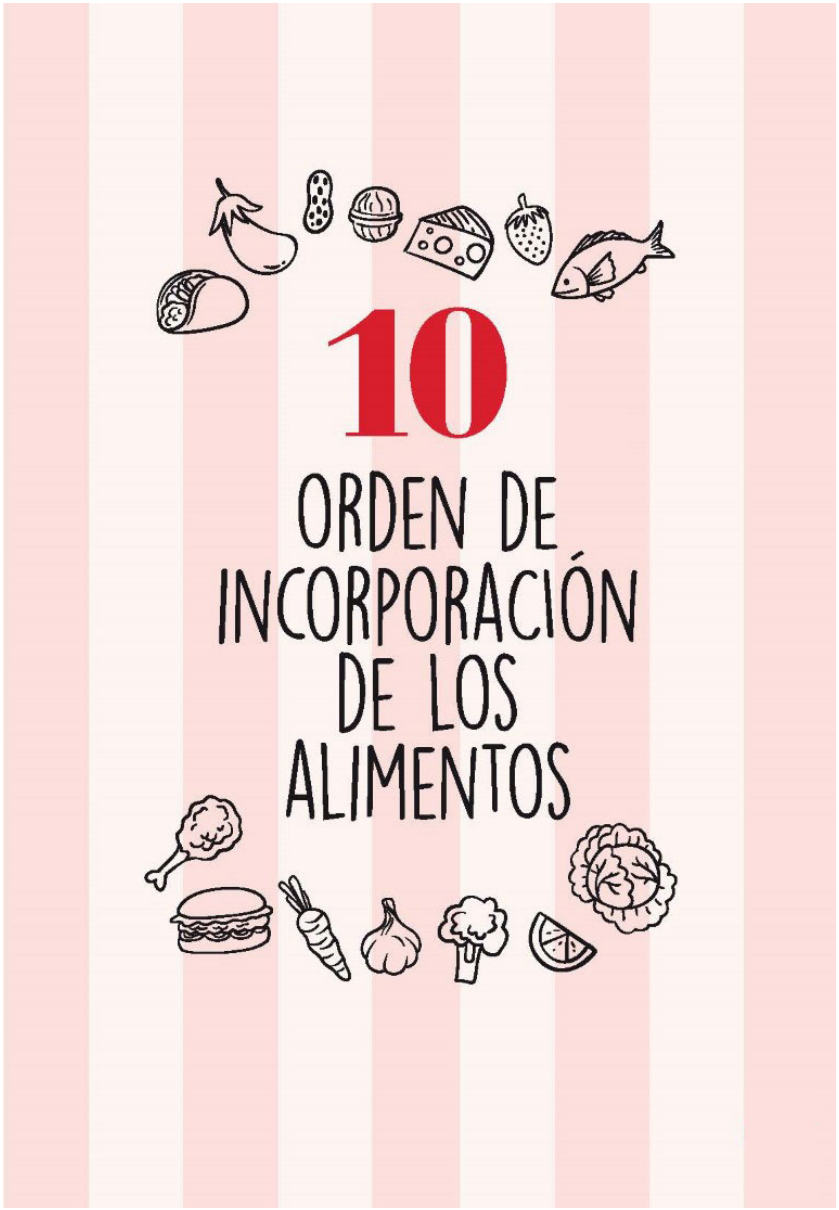
Si alguna familia inicia la incorporación de alimentos sin atender las recomendaciones de la OMS, no tendrá opción de hacerlo con el enfoque BLW, ya que se ha demostrado que no se adquieren hasta los seis meses los requisitos motores necesarios para llevarlo a cabo. También sabemos que un inicio precoz se asocia con diferentes riesgos para el lactante:

A CORTO PLAZO

- OBESIDAD.
- ALIMENTO DE GASTROENTERITIS AGUDAS E INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR.
- DESERTE PRECOZ.
- ATRAGANTAMIENTO.
- ECCEMA ATÓPICA.
- DICTO ES MALOTUS SUPERIOR.
- INTERFERENCIA CON LA BIODISPONIBILIDAD DE HIERRO Y ZINC

de la leche materna.

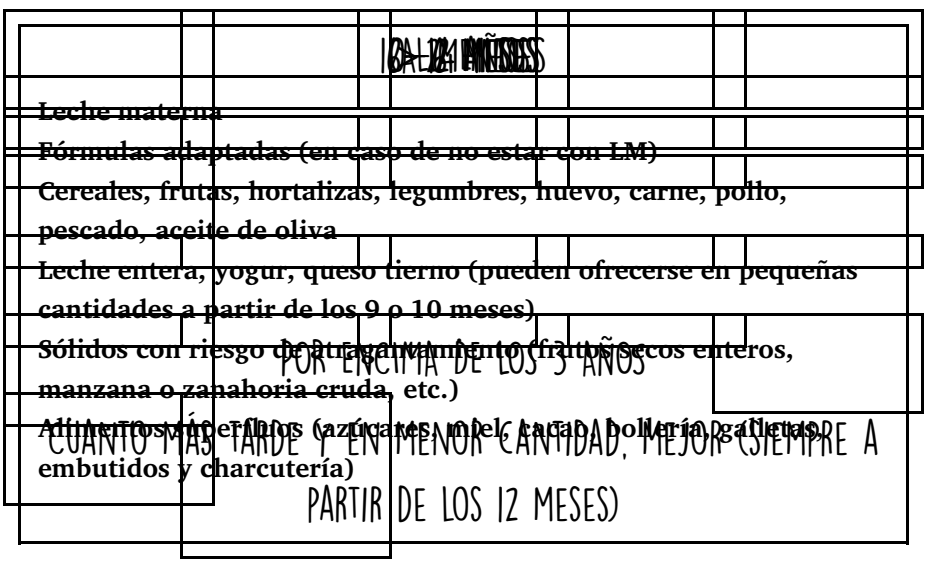
- sustitución de tomas de leche por otros alimentos menos nutritivos.



Realmente es necesario seguir un orden determinado y unas pautas estrictas? Llevamos décadas recibiendo rígidos calendarios de incorporación de alimentos con cantidades y horarios específicos.

Familias preocupadísimas por tener que explicar al pediatra que el día que tocaba introducir la patata, su bebé le había puesto ojitos a un trozo de brócoli y no se lo habían negado. Sin embargo, hoy sabemos que no hay alimentos mejores que otros para empezar. Ni existen razones que justifiquen un orden concreto en el que deben incluirse a la dieta, de manera que se pueden ofrecer al inicio frutas como el plátano, la sandía o el aguacate; cereales en forma de pan o pasta; o incluso un trozo de pollo. Todo depende de la región, cultura, preferencias alimentarias o de las necesidades del pequeño.

CALENDARIO ORIENTATIVO DE INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS (AEP, 2018)



Como podemos ver, no hay una secuencia específica para comenzar. A partir de los seis meses se añaden los diferentes grupos de alimentos y cada familia deberá individualizar su propio

calendario. No obstante, yo me guío por tres factores para saber cuáles son los más adecuados en cada caso:

— Los habituales en la dieta familiar.
— Los que aporten confianza.
— Los saludables y nutritivos.

Los que ofreceremos a nuestro hijo deben ser aquellos que solemos comer en casa. Si una familia desayuna con frecuencia pan con tomate rallado y fruta, el primer alimento que ofrecerá para esa comida del día puede ser el pan, el tomate o un trozo de fruta. ¡Sería fantástico compartir ese momento tan saludable con él! Por desgracia, en muchas ocasiones nos indican que hay que empezar por papillas azucaradas de cereales que conducen al clásico patrón de leche con cacao y galletas. Si por el contrario el desayuno familiar suele ser leche con galletas o con cereales, esta es la oportunidad para cambiarlo y mejorar los hábitos. Una buena opción sería sustituirlo por un *porridge* de avena, que cocinado con plátano o manzana le aporta un toque de dulzor.

Otro requisito fundamental es que debemos sentir confianza con cada bocado que ofrecemos. No suframos.

Si no estamos seguros de comenzar por el pan por si se le hace una masa y se le queda pegado —un miedo muy normal—, empezamos por la avena. Si no tenemos claro darle plátano por si muerde un trozo grande —aunque si fuera así, lo más probable es que lo expulsara rápidamente con arcadas— démosle una naranja. Hay muchísimas opciones y seguro que encontramos la que nos

hace sentir más cómodos y tranquilos.

Una condición imprescindible que han de cumplir los alimentos es que sean saludables y nutritivos. Descartaremos, por ejemplo, los azucarados —aunque sean dirigidos a bebés—, productos como «mi primera galleta» que, además, les crearán el hábito desde bien pequeñitos de comer galletas, zumos o bolsitas de «fruta para llevar» —pág. 164—, que son insanos y con un valor nutricional reducido. Y priorizaremos alimentos ricos en zinc —presente en carne, pescado, marisco, frutos secos, cacahuete, avena…—, en hierro —carne, pescado, legumbres, cereales integrales, frutos secos…— y los que mejoran su absorción —frutas y verduras, especialmente las ricas en vitamina C—.

- ¿Durante cuántos días incorporamos los alimentos?

Existen diferentes directrices sobre cuánto tiempo debe pasar entre la inclusión de un alimento nuevo y otro. Algunas hablan de esperar entre tres y cinco días, hay una conocida como la «regla de los tres días», otras indican que lo más adecuado es incorporar uno por día y algunos estudios consideran que los únicos que tiene sentido ofrecer de manera individual son los alergénicos.

La clave de estas pautas es detectar posibles reacciones alérgicas, principalmente las IgE mediadas, que son las más graves y que se manifiestan en menos de una o dos horas de tomar el alimento con sintomatología respiratoria y cutánea, pudiendo llegar a provocar anafilaxia —reacción multisistémica que requiere atención médica urgente—. Las reacciones IgE no mediadas tardan más de dos horas en aparecer —pueden manifestarse días después— y la sintomatología suele ser digestiva y cutánea.

Pero lo cierto es que las reacciones no aparecen la primera vez que el niño prueba el alimento, se necesita una exposición previa. Puede ser que necesite probarlo más de una o que ya haya sido expuesto al alérgeno, aunque no seamos conscientes de ello —por

ejemplo, a través de trazas o de la leche materna—. ¿Qué hacemos entonces? ¿Ofrecemos cada alimento durante una semana para asegurarnos? Sería lo más fiable, pero dar el mismo durante tantos días implicaría dietas muy poco diversificadas y, por tanto, menos posibilidades de combinaciones adecuadas para favorecer una buena absorción del hierro desde el inicio. Además, hay un grupo de alimentos que estadísticamente tienen más riesgo de provocar alergias, mientras que la alergia al resto es poco habitual.

A falta de evidencia, lo más prudente sería la incorporación de uno en uno y con intervalos de unos días, dependiendo del alimento. Los de baja alergenicidad —como la patata, el arroz, el brócoli o el pollo— observando durante veinticuatro horas las posibles reacciones y los más alergénicos, durante tres días.

Y es importante no ofrecer alimentos nuevos por la noche para poder vigilar al bebé durante el día.

• Alimentos potencialmente alergénicos

Los que causan más alergias y a los que tenemos que prestar una especial atención son leche, huevo, frutos secos, cacahuete, gluten -es una proteína que se encuentra en cereales como el trigo, el centeno y la cebada-, soja, pescados y mariscos.

Las frutas no se consideran potencialmente alergénicas en esta etapa, pues su alergia es más habitual en niños mayores de cinco años y adolescentes. Un grupo implicado con frecuencia es el de las rosáceas, que incluye al melocotón, albaricoque, paraguayo, nectarina, cereza, ciruela, fresa, frambuesa, arándano, manzana, pera, membrillo, almendra… De todas ellas la que más síntomas da es el melocotón y tampoco es raro tener problemas con el kiwi; sin embargo, la alergia a la fresa es muy poco común a pesar de su mala fama.

La incorporación de ciertos alimentos como el huevo o los frutos secos se han retrasado tradicionalmente para intentar reducir el

desarrollo de enfermedades alérgicas; sin embargo, hoy sabemos que no hay evidencia de que posponerlos más allá de los seis meses prevenga el desarrollo de la enfermedad alérgica en niños de alto riesgo. Por el contrario, hay estudios que sugieren que la demora en su introducción no solo no reduce, sino que puede aumentar el riesgo de sensibilización alérgica.

Por eso, la ESPGHAN recomienda no retrasarlos en niños con o sin riesgo de enfermedad alérgica. Además, existe la evidencia de que la precoz inclusión del huevo entre los cuatro-seis meses o de cacahuetes entre los cuatro y los once reduce la incidencia de alergia a estos alimentos. Estos datos no implican que se deban cambiar las recomendaciones sobre la edad de incorporación de alimentos, pero sí indican una tendencia y confirman la ineficacia de retrasarlos en la dieta.

El cacahuete se debe incorporar lo antes posible— siempre triturado— y antes de los once meses.

Respecto al huevo, se puede tener alergia solo a la clara —lo más frecuente—, a esta y a la yema —lo segundo más común— o solo a la yema —lo menos habitual—. Hay que incluir el huevo completo lo antes posible y cocinado del todo por motivos de seguridad alimentaria y porque el crudo se digiere un 50 % menos y aumenta su capacidad alergénica.

El pescado se integra también lo antes posible, idealmente durante el primer año de vida. Se puede tener alergia a un solo tipo, a una familia de pescados o a todos en general, por lo que cada uno se incorpora de manera individual. Pero eso no quiere decir que debamos ofrecer todos los del mercado, sino los que se consuman en la familia. Por ejemplo, en mi casa los que más comemos son el salmón y la merluza, y esos son los primeros que dimos a nuestros pequeños.

El caso de la leche es diferente, puesto que no debe incorporarse antes del año. Existen riesgos asociados como microsangrados

intestinales, aparición de anemia ferropénica, favorece al sobrepeso… Pero los derivados lácteos como el yogur y el queso sí se podrían consumir desde los seis meses —según la AAP— o desde los nueve —según la AEP—, lo importante es que:

— el yogur sea sin azúcar, sin sabores y no sea «para bebés»;

— el queso sea sin sal;

— se ofrezca en pequeñas cantidades sin desplazar a la leche materna/fórmula;

— que sean pasteurizados.

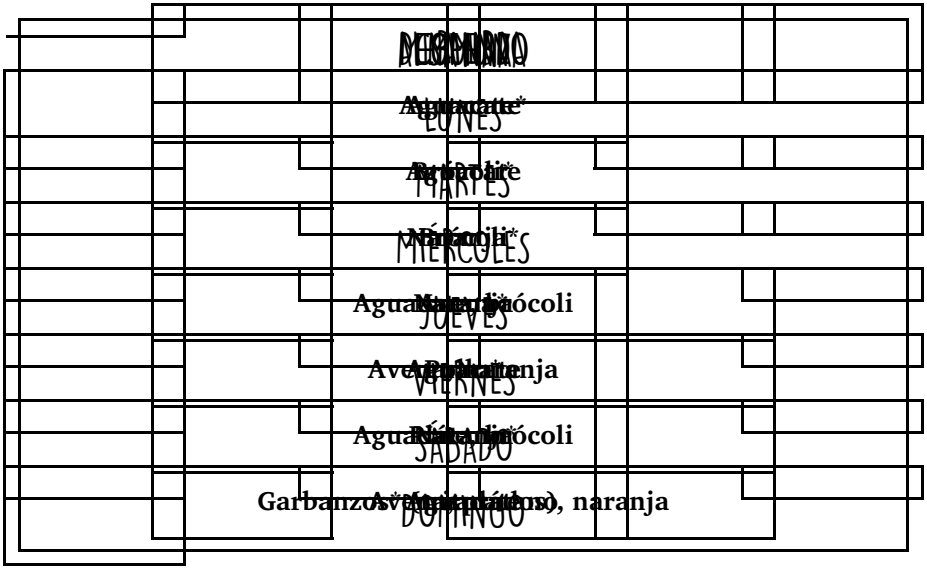
Las recomendaciones sobre la incorporación del gluten en la dieta han ido variando durante los últimos años en función de las investigaciones realizadas. Las más actualizadas concluyen que se puede dar durante el primer año de vida y que no hay evidencia de que el momento de introducción influya sobre el riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca.

LA CELIAQUÍA ES UNA AFECCIÓN AUTOINMUNE QUE SE DESARROLLA EN PERSONAS CON PREDISPOSICIÓN GENÉTICA Y SOLO LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS DEBEN LLEVAR UNA DIETA SIN GLUTEN.

Las manifestaciones clínicas de alergia alimentaria pueden ser

muy variadas. Si tras la ingesta de algún alimento el bebé mostrara alguno de estos síntomas, hay que retirarlo de su dieta y consultarlo con el pediatra. Si la reacción es grave —dificultad respiratoria, palpitaciones, hipotensión…— es necesario acudir al centro de salud más cercano.

EJEMPLO DE MENÚ DE INICIO



***Los alimentos de ESTE COLOR son los de nueva incorporación**

1 La leche, materna o fórmula, ha de ser a demanda durante todo el día y se debe ofrecer antes de los alimentos complementarios.

2 El agua se ofrece a demanda también desde el inicio de la alimentación complementaria.

3 La exposición repetida a los nuevos alimentos facilita el aprendizaje y la integración en la dieta.

A partir de los seis meses los niños pueden consumir casi cualquier alimento; sin embargo, ya sea por motivos nutricionales, de seguridad alimentaria o por riesgo de atragantamiento, hay algunos

que se deben evitar.

La leche entera no se tiene que incorporar como bebida hasta el año, principalmente por su alto contenido en proteínas y su bajo aporte en hierro.

La incorporación precoz de leche de vaca se asocia a pérdidas ocultas de sangre en el sistema gastrointestinal y a un mayor riesgo de anemia ferropénica, y, además, favorece el sobrepeso.

Se podría consumir en pequeñas cantidades a partir de los seis meses, formando parte de preparaciones, pero es innecesario y arriesgado. La leche materna o la fórmula son las opciones más adaptadas y seguras. A partir de los doce meses su consumo es opcional.

El azúcar y los productos que la contienen, aunque estén dirigidos a bebés como cereales, yogures, galletas, potitos, *snacks*…, también se deben evitar. Al igual que los zumos, la miel y cualquier endulzante, aunque sea acalórico, hasta al menos los dos años, tal y como aconseja la OMS.

El azúcar se asocia a un mayor riesgo de sobrepeso, diabetes y problemas cardiovasculares.

Es fuente de calorías vacías que desplazan el consumo de alimentos saludables y nutritivos.

Puede interferir en las preferencias alimentarias y en la aceptación de nuevos sabores, además, enmascara el sabor real de los alimentos. A partir de los dos años, si no lo piden, no hay por

qué ofrecerlo.

No tomar sal en las elaboraciones que van a consumir los bebés y evitar también los productos que la contienen hasta los doce meses. Es innecesario y puede ser peligroso por la inmadurez renal —el periodo más crítico son los dos primeros años—. A partir de esta edad se puede añadir una pizca yodada a las comidas.

Como ocurre con el azúcar, puede interferir en las preferencias alimentarias y en la aceptación de nuevos sabores. Y también enmascara el sabor real de los alimentos.

Un consumo elevado de sal se asocia con HTA y enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.

La miel en menores de doce meses por riesgo de botulismo.

Por su contenido en azúcares y su potencial cariogénico se deben aplicar las recomendaciones de consumo de azúcar.

Las bebidas de arroz en bebés y niños pequeños por su contenido en arsénico.

Según un estudio llevado a cabo en 2015 por la Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria de Suecia (NFA), las tortitas de arroz son el producto con más contenido en arsénico y deberían evitarse también por precaución en menores de seis años.

Desde los seis meses se pueden incorporar pequeñas cantidades de otras bebidas vegetales sin azúcar en las elaboraciones —bebida

de soja, de almendras…—.

Las tortitas de arroz, además, son un *snack* con sal añadida que puede desplazar el consumo de otros alimentos saludables y más nutritivos como las frutas.

Es conveniente controlar las **hortalizas altas en nitratos**. Por eso, hay que vigilar el consumo de espinacas y acelgas, y evitar el de borrajas.

Según la ingesta diaria admisible (IDA) de nitratos sin riesgos para la salud, el valor medio de nitratos en las hortalizas publicado por la EFSA y los hábitos de consumo en España, la AESAN recomienda:

— No superar los 25 g/día de espinacas o acelgas hasta los seis meses.

— No superar los 35 g/día de espinacas y acelgas entre los seis-doce meses.

— No superar los 45 g/día de espinacas y acelgas entre uno-tres años.

— Evitar su consumo en caso de infección bacteriana gastrointestinal.

— Evitar el consumo de borrajas hasta los tres años.

— Elegir verduras de temporada y no las de atmósfera modificada. Consumirlas después de cocinarlas, refrigerarlas si se van a tomar en el mismo día o, si no, congelarlas.

La EFSA recomienda evitar en niños menores de diez años las

cuatro especies de pescado identificadas con un alto contenido en mercurio: pez espada/emperador, atún rojo —*Thunnus thynnus* —, tiburón —cazón, marrajo, mielgas, pintarroja y tintorera— y lucio.

La AECOSAN desaconseja el consumo **de pez mantequilla** —escolar o escolar negro— en poblaciones vulnerables como los niños por posibles trastornos gastrointestinales.

Por su contenido en cadmio, la EFSA recomienda excluir el consumo habitual de **la carne oscura de los crustáceos, como gambas o langostinos, situada en la cabeza,** ya que este metal pesado también produce efectos tóxicos.

No ofrecer carne de **animales cazados con munición de plomo** hasta los siete años ya que puede afectar al desarrollo del sistema nervioso central.

Por motivos de seguridad alimentaria la carne, el pescado, el marisco y los huevos se deben ofrecer **completamente cocinados.**

Evitar el sushi, los pescados ahumados, los huevos fritos con la

yema cruda, etc.

Las algas marinas pueden tener un contenido extremadamente alto de yodo y el riesgo es mayor en las que se comercializan desecadas.

El exceso de yodo es peligroso sobre todo para la salud infantil.

Las «infusiones» dirigidas a los bebés tienen un alto contenido de azúcar, por lo que están desaconsejadas. Las de plantas medicinales —manzanilla, té, hinojo.. .— pueden suponer un riesgo por sobredosificación, con posibles efectos tóxicos y contaminación con metales pesados o microorganismos, entre otros. Los niños son más vulnerables a sus efectos. La AESAN también las desaconseja en menores de doce meses por riesgo de botulismo.

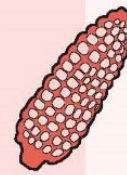
Los alimentos superfluos como yogures de sabores, bollería, galletas, productos especiales para bebés, cacao, mermeladas, embutidos…

Cualquier alimento que suponga un **riesgo de atragantamiento** como frutos secos enteros o troceados, uvas enteras, zanahoria

cruda… —se detallan en el capítulo BLW y el atragantamiento—.

ALIMENTOS
Y ADAPTACIONES

12



CEREALES, PSEUDOCEREALES Y DERIVADOS

La incorporación de este grupo de alimentos despierta muchas dudas en pequeños que se alimentan con las manos. En la

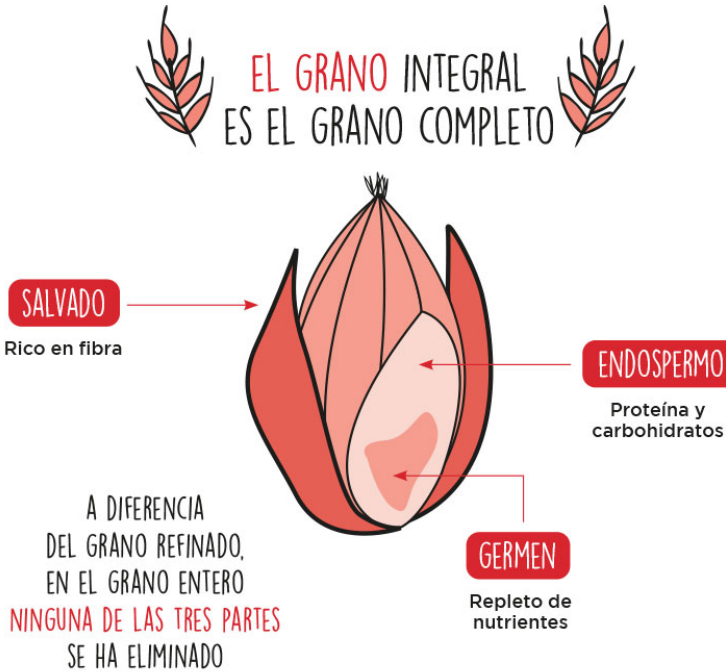
actualidad, está normalizado el uso de papillas de cereales «para bebés», suele ser el primer alimento que se incorpora en su dieta y la industria alimentaria durante años se ha encargado de hacernos creer que son imprescindibles. Pero ¿cómo pueden empezar a tomarlos? Como lo hacemos los adultos.

ALGUNOS EJEMPLOS DE CEREALES Y PSEUDOCEREALES

(TAMBIÉN SU HARINAS Y DERIVADOS COMO EL PAN Y LA PASTA)

- TRIGO
- CEBADA
- AVENA
- ARROZ
- TRIGO SARRACENO
- AMARANTO
- ESPELTA
- CENTENO
- KAMUT

La AEP recomienda dar preferencia a los cereales integrales; es decir, el de grano completo: salvado, endospermo, germen. Al refinarlo se elimina el salvado —la parte rica en fibra y vitaminas del grupo B— y el germen —rico en ácidos grasos, minerales y vitaminas— y nos quedaríamos con el endospermo —rico en almidón y proteínas— que es lo que se trituraría para elaborar la harina.



Consumir el grano completo nos ofrece todas las ventajas de cada una de sus tres partes y ha demostrado ser beneficioso en la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II e incluso algunos tipos de cáncer. Aunque no existen recomendaciones sobre la ingesta de fibra antes de los dos años, se aconseja progresivamente la introducción de alimentos que la contengan a partir de los seis meses.

• ¿Qué pasa con los cereales «para bebés»?

Los cereales industriales no son ni necesarios ni una alternativa saludable.

— La mayoría están hechos con harinas refinadas.

— Se suelen dirigir a bebés a partir de cuatro meses, creando confusión a las familias y llegando a interrumpir la exclusividad de la lactancia materna.

— Como expliqué en el capítulo «BLW y el hierro» pueden estar fortificados con sales de hierro, pero de biodisponibilidad muy variable.

— Normalmente contienen azúcar añadido, miel, cacao azucarado e incluso podemos encontrarlos con sabor a bizcocho.

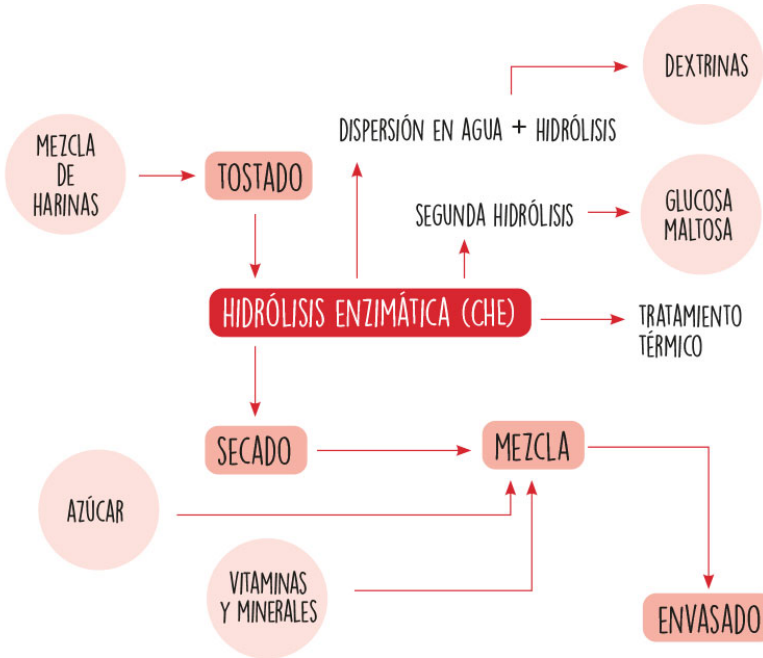
— Son un producto de textura y sabor muy homogéneo (y muy dulce).

Aunque en el envase indique que son «sin azúcar añadido», si en su composición contiene harinas de cereales hidrolizados o dextrinados, serán cereales azucarados, aunque este no se haya añadido inicialmente.

• El truco de los cereales dextrinados

La mayoría de las marcas someten a los cereales a un proceso de hidrólisis enzimática y lo justifican diciendo que esto convierte a los cereales en un producto de «fácil digestión». Recordemos que a los seis meses los niños pueden digerir perfectamente los cereales y no requieren de un procesamiento previo para convertirlos en un producto más adecuado para ellos. Y, ¿qué se consigue con la hidrólisis de los cereales? Azúcar principalmente. Las cadenas largas de carbohidratos se convierten en dextrinas —cadenas cortas de glucosa— y en glucosa y maltosa. De manera que en un inicio teníamos una mezcla de cereales naturales y acabamos teniendo un producto azucarado, dulce y nada adecuado para los bebés.

CEREALES HIDROLIZADOS



COMER CEREALES EN FAMILIA

1. Pan integral sin sal con tomate rallado y aceite de oliva virgen extra.
2. Bolita de quinoa con aguacate chafado.
3. Porridge de avena con plátano (preparado con leche materna, de fórmula, bebida vegetal sin azúcar).
4. Tortitas de harina de espelta con crema de cacahuete.
5. Espaguetis integrales con salsa de tomate casera y soja texturizada.
6. Hamburguesa de pollo con arroz y zanahoria rallada.
7. Bolitas de cuscús integral con calabaza al horno chafada y limón.

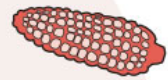
IDEAS PARA OFRECER LOS CEREALES

PAN

INFLADOS Y COPOS

REPOSTERÍA CASERA

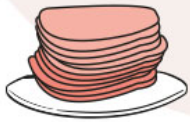
PASTA



MAZORCA

SÉMOLAS

GUISOS, ENSALADAS, BOLITAS...



CREPES/TORTITAS

PORRIDGE

HARINAS

Se recomienda empezar a ofrecerlas de manera variada, procurando incluirlas en cada plato principal y eligiendo preferentemente las de

temporada.

ALGUNOS EJEMPLOS DE VERDURAS Y HORTALIZAS

Desde el nacimiento los niños prefieren los sabores dulces y no los amargos. Que rechacen algunas verduras es natural. Pero la evidencia sugiere que la exposición a diferentes alimentos durante esta etapa mejora la aceptación de los distintos sabores. Además, podría disminuir el riesgo de neofobia alimentaria, situación muy habitual en la infancia.

- Neofobia alimentaria

Es muy probable que tu pequeño pase por un periodo en el que se resista a tomar alimentos nuevos, ¿sabes que este es un comportamiento normal en el desarrollo infantil? La neofobia alimentaria se suele presentar entre los dos y tres años, aunque puede aparecer antes y alargarse hasta los seis.

SE CARACTERIZA POR EL RECHAZO A ALIMENTOS

DESCONOCIDOS O ASOCIADOS A EXPERIENCIAS NEGATIVAS.

La explicación de este comportamiento tiene su razón de ser en la evolución humana. Se trataría de un comportamiento instintivo, un mecanismo desarrollado por nuestros antepasados como estrategia para protegerse de posibles alimentos venenosos. De ahí que los niños tiendan a rechazar de modo inconsciente alimentos con los que no han tenido conocimiento previo y podrían ser peligrosos, especialmente los vegetales.

Otra causa es haber tenido con ese alimento una experiencia negativa como haber vomitado tras la ingesta o incluso haber sido presionados a comerlo, lo que producirá el rechazo cuando lo volvamos a ofrecer.

¿Qué podemos hacer?

1. Ofrecer variedad de alimentos. Es más probable que acepte alimentos nuevos si se presentan antes del inicio del periodo de neofobia.

2. No retrasar la transición a sólidos más allá de los ocho-nueve meses. La exposición prolongada a un menú muy homogéneo, en textura y sabor, se asocia con una menor aceptación.

3. Habituación. Seguir ofreciendo en un ambiente agradable para que se pueda familiarizar con el alimento nuevo.

4. Sabor-sabor. Ofrecer el alimento nuevo junto con otros que ya conoce ayudará a crear una asociación positiva.

5. Ser ejemplo. Facilitará el aprendizaje por imitación y la confianza por los nuevos alimentos.

6. Pequeñas cantidades. Ofrecer grandes cantidades puede

potenciar el rechazo a estos.

7. Seguir ofreciendo alimentos saludables. Incorporar alimentos malsanos en la dieta «para que coma algo» limitará aún más su alimentación.

8. Participación. Hay más posibilidades de que quieran probar el alimento si lo han preparado ellos. Es fundamental hacer partícipes a los pequeños en la elección, compra y preparación del menú familiar.

9. No presionar. Además de ser antiético, las experiencias negativas afectan al estado emocional del niño y se asocian con un mayor rechazo de alimentos.

10. Paciencia. Recordar que es un comportamiento normal y que es vital crear una experiencia positiva durante las comidas. Puede que tarden en aceptar algunos alimentos, puede que algunos no los lleguen a aceptar —como nos pasa a los adultos—, pero lo importante es acompañarles en esta etapa de aprendizaje con respeto y mucho amor.

Ideas para ofrecer verduras y hortalizas

Para minimizar la pérdida de nutrientes durante la cocción se recomienda cocinarlas al vapor o hervirlas con poca agua y durante poco tiempo en un recipiente tapado. Además, se pueden saltear, cocinar a la plancha, al horno…

En realidad, no existe un corte específico para cada alimento, lo importante es que lo puedan coger —con una mano o con las dos— y llevárselo a la boca con facilidad cumpliendo con las normas básicas de seguridad: debe tener como mínimo el tamaño del puño del bebé y lo debemos poder aplastar con nuestra la lengua contra el paladar.

Algunas se pueden comer crudas, como el tomate que se puede ofrecer rallado sobre el pan o a trozos si está bien maduro; otras cocinadas a trozos grandes como el brócoli, la coliflor o la calabaza;

otras cocinadas en bastones o trozos alargados como los espárragos, la judía verde, el calabacín, la berenjena o la zanahoria.

COMER VERDURAS Y HORTALIZAS EN FAMILIA

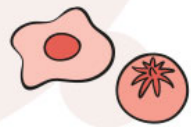
1. Salteado de verduras con quinoa.
2. Hamburguesa de pollo con zanahoria y cebolla.
3. Galletas de calabaza y harina de almendras. Sin azúcar, solo esos dos ingredientes.
4. Espaguetis de calabacín con salsa de tomate natural.
5. Cuscús de coliflor con tofu y verduras.
6. Buñuelos de brócoli. Brócoli al vapor, cebolla, huevo, harina y aove, cocinados al horno.
7. Croquetas de champiñones. Con bebida vegetal sin azúcar, leche materna o fórmula.
8. Paté de berenjena.
9. Tortilla de calabacín y cebolla.

IDEAS PARA OFRECER LAS VERDURAS

HAMBURGUESAS

REPOSTERÍA CASERA

PIZZAS



TORTILLAS

PATÉS

ENSALADAS

SALSAS

GUISOS, BOLITAS...

Igual que las verduras y las hortalizas se recomienda elegir preferentemente frutas de temporada e incluirlas en cualquiera de

las comidas y por supuesto entre horas, siempre son bienvenidas.

ALGUNOS EJEMPLOS DE FRUTAS

A pesar de que no es necesario tomar postre, sin duda, el mejor es la fruta. Existen diferentes mitos sobre incluirla después de la comida o incluso comerla por la noche. Lo cierto es que es un alimento rico en agua, fibra, vitaminas y minerales, y las sociedades científicas relacionadas con la alimentación solo le atribuyen efectos positivos sobre la salud, independientemente del momento del día en el que se ingiera. Además, favorece la absorción del hierro, por lo que si se toma postre, sin duda es mejor una ración de fruta que un lácteo y, desde luego, mejor que un producto azucarado.

- ¿Pueden tomar zumos en lugar de fruta?

El zumo de fruta no es fruta, aunque sea cien por cien natural. Existen grandes diferencias entre una ración de fruta y un vaso de fruta exprimida, principalmente, como indica la OMS, por el contenido de azúcares libres de la segunda opción. Al exprimir una fruta y liberarla de su matriz perdemos parte de vitaminas,

minerales y, sobre todo, la fibra, lo que hace que al beberla aumenten rápidamente los niveles de azúcar libre en sangre y, como consecuencia, la respuesta insulínica del páncreas es mayor. Además, ¿cuánto tardarías en comerte una naranja? Tres, cuatro minutos quizás. ¿Y en beberte un vaso de zumo para el que se necesitan dos o tres unidades? Menos de un minuto.

UN ZUMO NO DEJA DE SER UNA BEBIDA AZUCARADA CON GRAN CANTIDAD DE AZÚCARES LIBRES QUE SE INGIERE DE MANERA RÁPIDA Y NO APORTA LA MISMA SACIEDAD QUE MASTICAR UNA PIEZA ENTERA.

Por eso la AAP advierte que el zumo se asocia con el aumento de riesgo de caries, obesidad y diabetes tipo 2, por tanto, no es un alimento esencial en dietas saludables de la población infantil. Y por eso sus recomendaciones son evitar su ingesta, sobre todo, en menores de doce meses. Para niños entre uno y tres años el límite sería un máximo de medio vaso de zumo al día en taza, sin botellas ni biberones, y evitándolo antes de dormir.

De la misma manera, la AEP también explica que no ofrecen ningún beneficio nutricional respecto a la fruta entera; al contrario, pueden contribuir al incremento inadecuado de peso que en algunos casos será sobrepeso y en otros escasa ganancia ponderal —por desplazar el consumo de otros alimentos— y, además, aumentan el riesgo de caries.

En resumen, la fruta se debe tomar entera y un niño en esta etapa

solo debe beber leche y agua.

• ¿Y qué hay de las bolsitas de frutas listas para llevar?

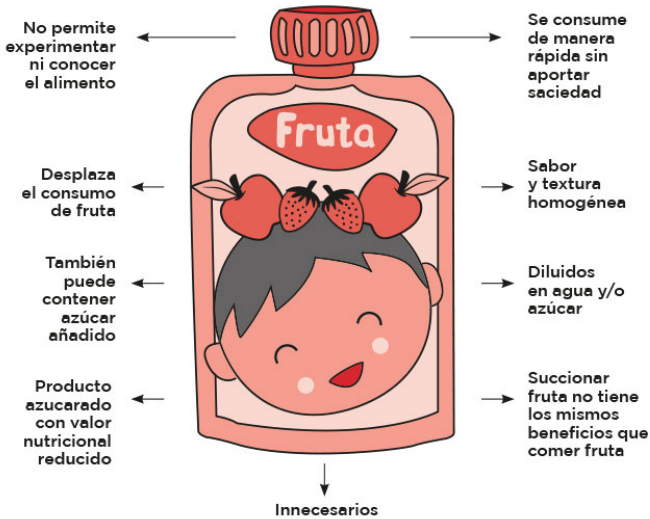
La fruta en bolsitas y succionada tampoco es fruta. No cabe duda de que la estrategia de *marketing* es fantástica. No existe nada más práctico que una bolsita rellena de fruta que puedes llevar en el bolso para cuando tu bebé tenga hambre… ¿O sí existe? ¿No es un plátano una excelente «fruta para llevar»?

Además de ser innecesarios, cuenta con la gran desventaja que supone la composición, homogeneización y la dilución respecto a consumir una pieza de fruta natural. Para empezar, estos preparados suelen contener azúcares añadidos en forma de azúcar o camuflados en forma de zumo de fruta —que ahora ya sabemos que son azúcares libres—. También son productos muy homogéneos en textura y sabor, por lo que los pequeños están perdiendo una oportunidad grande de experimentar con los alimentos. Pero, además, la mayoría están diluidos en agua —o en zumo—, lo que los convierte en productos azucarados, más dulces que la fruta natural o que la fruta triturada en casa, y con un valor nutricional reducido.

La fruta triturada ya de por sí no conserva los mismos beneficios que la entera, cuanto más la procesamos, más pérdida de nutrientes conlleva. Además, el proceso industrial al que son sometidas estas bolsitas hace que disminuya aún más su valor nutricional y puede reducir más de un 80 % de su contenido en vitamina C.

Pero aquí hay un extra añadido: la succión. Los pequeños están succionando un puré de escaso valor nutricional, homogéneo, energético y azucarado que ingerirán en un periodo corto de tiempo sin aportarles saciedad. Chupar fruta de una bolsa hace que tomen azúcares libres de manera rápida e inconsciente. Y tampoco permite experimentar directamente con el alimento cogiéndolo con las manos, tocándolo con los labios. Ni permite conocer su textura, su

olor, su color… Con lo único que van a experimentar es con un trozo de plástico.



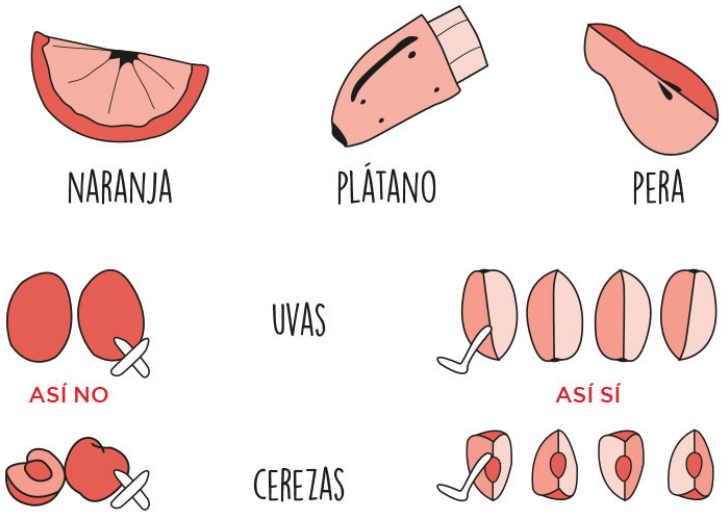
• Cómo ofrecer las frutas

Al principio se deben dar trozos grandes de fruta blandita que cubran el puño del bebé. Se puede ofrecer con piel bien limpia, ya sea comestible o no, pues esta ayudará a que no se le resbale tanto de las manos. A medida que vaya desarrollando sus habilidades, se podrán ofrecer trozos más pequeños para que los pueda comer haciendo pinza, y frutas más pequeñas también cortadas de forma segura.

Es importante recordar que no se debe ofrecer manzana cruda, ni entera ni laminada, ya que se asocia con un alto riesgo de atragantamiento. Se puede cocer hasta ablandarla para dársela desde el inicio o rallarla muy fina para que puedan comerla formando parte de elaboraciones —como un *porridge* de avena—. La podrán comer rallada sola cuando sepan hacer pinza.

De la misma manera no se deben ofrecer frutas esféricas enteras como uvas, cerezas, arándanos… Mejor que sean trituradas

formando parte de elaboraciones —como unas tortitas con arándanos—. Más adelante, las comerá cortadas en cuatro partes.



Las legumbres son, sin ofender a la fruta y a la verdura, un grupo de alimentos con fantásticas propiedades sobre la salud que deberían

estar presentes en nuestra dieta desde el inicio. Sin embargo, el último informe de la Fundación Española de la Nutrición (FEN), publicado por el Ministerio de Sanidad, muestra que apenas consumimos una ración a la semana cuando el consumo debería ser de al menos tres o cuatro.

ALGUNOS EJEMPLOS DE LEGUMBRES

LENTEJAS
GARBANZOS
ALUBIAS
ALUBIAS

Su contenido en proteínas y carbohidratos con ausencia de colesterol las convierten en un alimento muy interesante y completo que también aporta una gran cantidad de fibra y otros micronutrientes como calcio, folato, hierro… Este último mineral con menor biodisponibilidad que en la carne o el pescado, por eso es importante recordar acompañarlas de frutas y/o verduras, especialmente las ricas en vitamina C para poder mejorar su absorción intestinal.

Contienen, por lo general, pocas grasas, excepto algunas como el cacahuete y la soja —legumbres oleaginosas— con una alta cantidad de ácidos grasos insaturados, saludables para la salud cardiovascular.

• Cómo ofrecer las legumbres

La preparación de las legumbres también ha de estar adaptada al desarrollo motor de los pequeños y cumplir las normas de

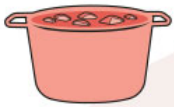
seguridad. Al inicio se deben ofrecer en formato grande, por ejemplo, en forma de hamburguesa, albóndigas, palitos… También se pueden preparar purés, hummus e incluso formar parte de la repostería casera. A medida que vayan pasando los meses y adquieran la habilidad de hacer pinza, podrán ir comiéndolas en más variedad de formatos.

COMER LEGUMBRES EN FAMILIA

1. Hummus con bastones de zanahoria cocida.
2. Hamburguesas de lentejas y quinoa con trocitos de tomate.
3. Palitos de tofu y coliflor al horno con salsa de tahina (tahina, limón, perejil, aceite de oliva virgen extra y agua).
4. Canelones rellenos de boloñesa de soja texturizada y trocitos de kiwi
de postre.
5. Tortilla sin huevo de calabacín (con mezcla de harina de garbanzo y agua) y pan con tomate rallado.
6. Falafel de guisantes al horno con trocitos de naranja de postre.
7. Espaguetis de lenteja roja con pesto de aguacate y fresas de postre.

IDEAS PARA OFRECER LAS LEGUMBRES

ALBÓNDIGAS, FALAFEL, HAMBURGUESAS



GUISOS, SALTEADOS

PASTAS

REPOSTERÍA, GALLETAS

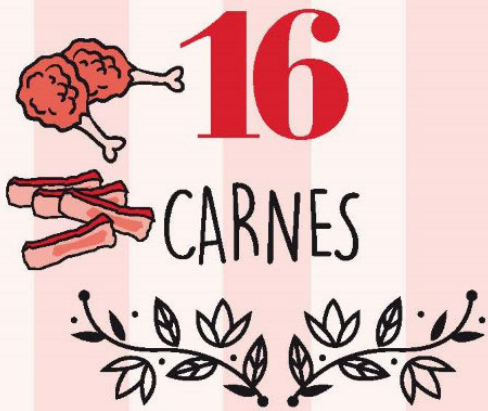
ENSALADAS

ESPECIADAS, COMO SNACK

BOLOÑESAS, SALSAS, RELLENOS

PURÉS, HUMMUS, CREMAS

HARINAS PARA COCINAR, REBOZAR



La carne es un alimento rico en proteínas de alto valor biológico que, además, aporta hierro, zinc, vitaminas del grupo B…, y como

el resto de alimentos, los niños pueden empezar a consumirla desde los seis meses.

ALGUNOS EJEMPLOS DE CARNES

POLLO
PAVO
CONEJO
TERNERA
CERDO

Aún existe una excesiva preocupación por asegurar un consumo diario de proteína animal. Incluso hay familias que piensan que los niños deben comer carne todos los días y llegan a utilizar estrategias —totalmente desaconsejadas— como distraerlos o forzarles para que así ingieran esta parte tan «importante» del menú o se coman al menos «lo de dentro del bocadillo». La realidad es que la carne no es imprescindible.

Es cierto que es un alimento rico en hierro de buena asimilación, pero ya hemos visto que también existen otras fuentes de este mineral como las legumbres, los cereales integrales, los frutos secos triturados… que combinados con frutas o verduras cumplen perfectamente su función en el organismo.

Sobre la preocupación por un posible déficit de proteínas hay que aclarar que en países desarrollados el problema no es la falta de proteína, sino el exceso, así se indica en el estudio ALSALMA realizado en 2013 en España y en el publicado por la EFSA en 2017. En ambos documentos se dice que los niños —y los adultos— tienen

una ingesta muy superior a la necesaria. Y este exceso no suele ser de proteína vegetal, sino animal, que se acompaña de grasas saturadas y colesterol, y se asocia, por tanto, con la obesidad y los problemas cardiovasculares entre otros. Y el asunto es peor cuando predomina el consumo de carnes rojas y procesadas —como el jamón serrano, jamón york...— que se relacionan además con un aumento de riesgo de cáncer colorrectal.

De manera que tal y como indica la AEP, se aconseja que los niños tomen principalmente carnes blancas por su menor contenido en grasas, y no es necesario que todos los días esté incluida en su menú, pues puede alternarse con otros grupos de alimentos proteicos.

Para evitar el exceso de consumo se recomienda ofrecer una ración pequeña de proteína animal.

En el caso de la carne no debe superar los veinte-treinta gramos diarios entre los seis y los doce meses, o la mitad si se va a combinar con más carne, pescado o huevo en otra de las comidas.

• Cómo ofrecer la carne

Uno de los aspectos más importantes al prepararla es la textura final. Debe quedar muy tierna para que la deshagan con facilidad entre las encías. Al inicio se pueden preparar hamburguesas o albóndigas caseras que si se combinan con vegetales les aportan más jugosidad, pero también es posible ofrecer carne cortada a tiras, un trozo grande o incluso un muslo de pollo. Por lo general, la cocción a la plancha no suele ser la más adecuada, son preferibles los guisos y los estofados y, por supuesto, una buena opción es

acompañada de salsas o marinada para que, además, quede más sabrosa. Más adelante se ofrecerá cortada en pequeños trozos y carne picada.

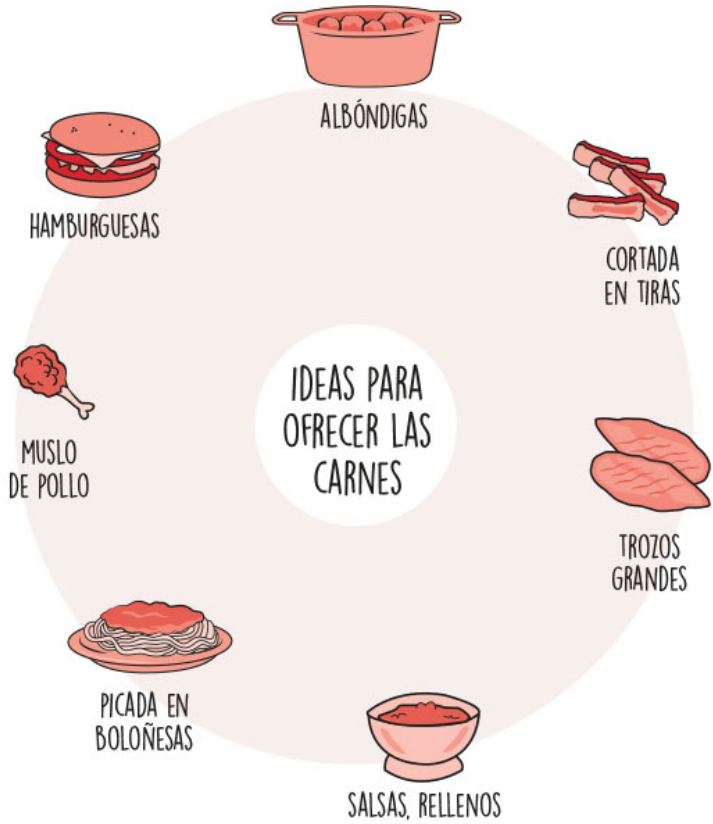
Es importante tener en cuenta que aunque las carnes procesadas como el jamón york, el fiambre de pavo, las salchichas… tienen una textura blandita y tierna, hay que evitarlas en la dieta de los niños —y de los adultos—. Ya hemos visto los posibles riesgos asociados a su consumo sobre la salud, pero, además, se trata de productos con un alto contenido en sal y otros aditivos nada necesarios en este periodo de formación y establecimiento de hábitos saludables. En el caso de algunos adultos es difícil porque hemos crecido con bocadillos de embutido, pero si no acostumbramos a los bebés a consumirlos, será más fácil que no formen parte de sus preferencias futuras.

En cualquier caso hay que recordar que el jamón serrano, los embutidos similares y las salchichas tienen un alto riesgo de atragantamiento. Si se ofrecen salchichas, siempre han de estar cortadas longitudinalmente o a trozos pequeños —evitando las rodajas—. La carne cruda o poco cocinada puede generar toxinfecciones graves en bebés y adultos, otro motivo más para evitar los embutidos como el jamón serrano y el salchichón.

COMER CARNES EN FAMILIA

1. Contramuslos de pollo al horno con verduras al limón.
2. Hamburguesa de ternera con cebolla y calabaza.
3. Boniatos y albóndigas de pavo al vapor con salsa de tomate natural.
4. Lasaña de berenjena y carne picada con besamel vegetal.
5. Estofado de patatas con ternera y verduras.
6. Solomillos de pavo con salsa de coliflor.

7. Tiras de pollo marinado al horno con bolitas de quinoa y aguacate.



El pescado y el marisco también son una fuente importante de proteínas de alta calidad y de aminoácidos esenciales. El pescado

blanco y el marisco son pobres en grasas y el azul tiene una alta proporción de ácidos grasos poliinsaturados omega-3. El pescado contiene también cantidades interesantes de hierro y zinc, aunque ligeramente menores que la carne, con la excepción del marisco. Además de la leche materna, el pescado de agua salada es la fuente principal de yodo para los niños.

ALGUNOS EJEMPLOS DE PESCADOS Y MARISCOS

A pesar de las cualidades nutricionales mencionadas, el consumo de pescado, marisco y huevo —como el de carne— no es imprescindible. Así que si un pequeño no acepta el pescado durante la primera infancia, algo que es muy habitual junto con el rechazo a las verduras, pero le ofrecemos diariamente alimentos variados, saludables y suficientes, lo normal es que elija de manera instintiva una dieta completa tal y como se indica en el documento elaborado por el grupo de trabajo de la Red Europea para la Nutrición Pública Saludable (EUNUTNET).

Hay compañeros de profesión que tienen publicaciones fantásticas sobre esta temática —como Lucía Martínez, Marta González Caballero o Julio Basulto—, así que solo me gustaría señalar que tal y como dice la Asociación Americana de dietética (ADA), una dieta vegetariana bien planificada satisface las necesidades proteicas de bebés, niños y adolescentes, así que es compatible en todas las etapas de la vida. Eso sí, si en casa decidís tomar pocos o ningún alimento de origen vegetal, es importante que visitéis a una nutricionista especializada para que pueda orientaros sobre las recomendaciones dietéticas más adecuadas adaptadas a vuestra situación particular.

Sobre el orden de incorporación ya sabemos que los bebés pueden empezar a comer tanto pescados blancos, azules o marisco, dependerá de las preferencias y costumbres. Si en una familia, por ejemplo, no se consume palometa, no será necesario incorporarla, pero si el pescado que más se come es el salmón, puede ser el primero que se ofrezca. No obstante, hay algunos pescados que no se deben tomar por su contenido en mercurio, dado que el cerebro se desarrolla también después del nacimiento y los niños estarían en riesgo por sus efectos neurotóxicos. En cuanto a la cantidad, la ración no debe superar los treinta-cuarenta gramos diarios entre los seis y los doce meses, o la mitad si se combina con más carne, pescado o huevo en otra de las comidas.

• Cómo ofrecer el pescado y el marisco

En el caso de los pescados debes retirar por completo todas las espinas. Al inicio puede ser útil preparar hamburguesas o albóndigas para asegurarte de que no quede ninguna. Otras elaboraciones que funcionan muy bien son las barritas rebozadas caseras que se cocinan al horno o, simplemente, puedes ofrecer un trozo grande para que lo cojan con una o dos manos.

La textura del pescado es muy tierna, por lo que, a diferencia de

la carne, incluso cocinado a la plancha queda jugoso y lo desharán con facilidad entre las encías. A medida que vayan desarrollando sus habilidades, podrán comerlo en trocitos más pequeños.

Los crustáceos, como langostinos o gambas, mejor cocinarlos a la plancha, al horno, guisados…, cumpliendo como siempre con las normas de seguridad: el tamaño debe ser como mínimo del puño del bebé y ha de deshacerse con la lengua contra el paladar. Se retirará la piel y la cabeza. Más adelante los podrán comer en trocitos.

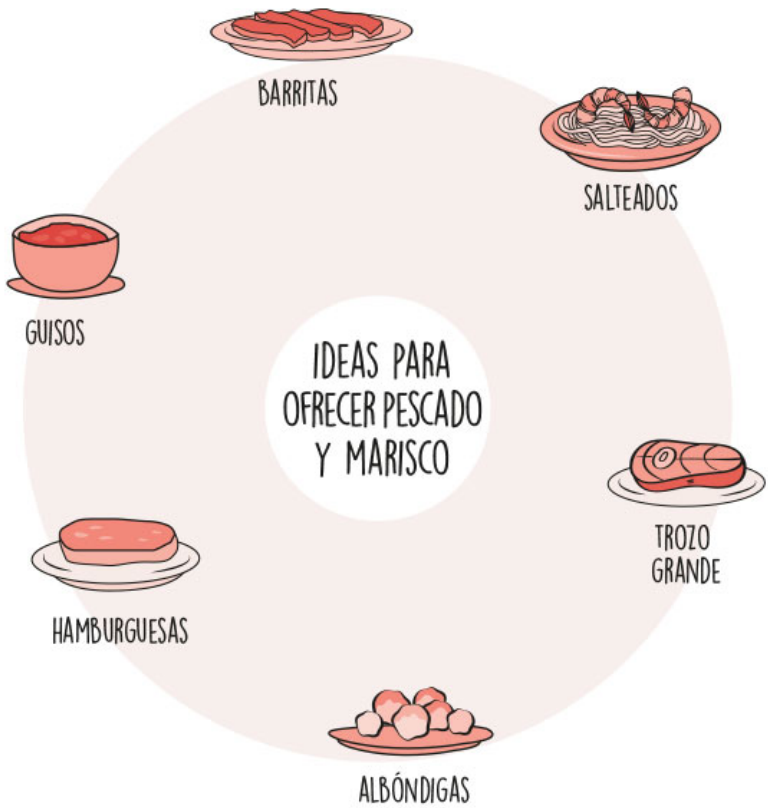
Los moluscos, como mejillones, almejas, calamares…, tienen una textura complicada de gestionar al principio. En el caso de mejillones, berberechos o almejas, por su tamaño y textura deberían adaptarse para ofrecerlos desde el inicio, por ejemplo, en forma de patés o purés. Cuando sepan hacer pinza, podrán comerlos ya con facilidad. Los calamares, chipirones, pulpo… también deberían adaptarse, por ejemplo, preparando unas hamburguesas.

Por motivos de seguridad alimentaria el pescado y marisco crudo o poco hecho no debería consumirse en ninguna etapa de la vida, pero se debe evitar especialmente en niños y embarazadas. También hay que evitar los procesados como el surimi.

COMER PESCADOS Y MARISCOS EN FAMILIA

1. Hamburguesas de salmón, pimiento y cebolla con patatas y espárragos al horno.
2. Pan integral con paté de mejillones y aguacate.
3. Barritas de merluza al limón rebozadas al horno con puré de calabaza.
4. Macarrones integrales con albóndigas de calamar encebollado.
5. Sardinas rellenas de pimiento con boniatos asados.

6. **Guiso de patatas y cigalas con coliflor.**
7. **Cuscús con verduras y bacalao fresco al horno.**



Blancos o pardos, los huevos constituyen una interesante fuente nutricional que se recomienda incorporar al inicio de la

alimentación complementaria.

Existen multitud de mitos o creencias, pero poco tienen que ver con la realidad. Es cierto que contienen grasas, aunque su aporte de ácidos grasos poliinsaturados y monoinsaturados supera ampliamente al de la grasa saturada. Además, desde hace años sabemos que su consumo tiene poca influencia en el aumento de colesterol sanguíneo. Los principales responsables dietéticos de su incremento en sangre son las grasas saturadas y las parcialmente hidrogenadas —las que se suelen encontrar, por ejemplo, en productos de bollería industrial—. De manera que la recomendación de no ingerir más de tres a la semana ya pasó a la historia.

También aportan proteínas de excelente calidad y gran cantidad de vitaminas como el folato y las B12, B2, A, D y E, y de minerales como el fósforo, el zinc, el magnesio, el potasio y el hierro. A pesar de ser un alimento de origen animal, su hierro es de tipo no hemo, por lo que es necesario combinarlos con frutas y verduras —sobre todo ricas en vitamina C— para mejorar su biodisponibilidad.

Los huevos comerciales se seleccionan en la Unión Europea por calidad y peso. Los de categoría A se llaman huevos frescos y son los únicos que pueden venderse al consumidor en las tiendas. Por su peso se clasifican en:

• **Supergrandes o XL.** Cuando pesan más de 73 gramos.
• **Grandes o L.** Peso entre 63 y 73 gramos.
• **Medianos o M.** Peso entre 53 y 63 gramos.
• **Pequeños o S.** Peso máximo 53 gramos.

Se recomienda ofrecerlos al inicio de la alimentación complementaria sin necesidad de separar la yema de la clara y totalmente cocinados. Y como en el caso de la carne y el pescado, también se recomienda controlar la ración para evitar el exceso dietético de proteína animal. Es aconsejable no ofrecer más de un huevo pequeño al día entre los seis-doce meses, o la mitad si se combina con carne, pescado o huevo en otra de las comidas.

• Cómo ofrecer el huevo

El huevo es un alimento muy versátil en la cocina y fácil de masticar, por lo que puede formar parte de muchas elaboraciones y recetas. Se ofrece desde el inicio cocido y cortado en trozos grandes, aunque para algunos niños la yema es difícil de gestionar; por eso, una alternativa es empezar rallándolo sobre los alimentos. También se preparan en tortilla cortada en trozos grandes y formando parte de ciertas elaboraciones —como unas tortitas—. Cuando los pequeños sepan hacer pinza, podrán comerlo en trozos más pequeños o, por ejemplo, en forma de revueltos.

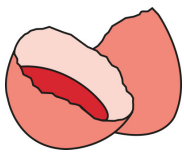
La salmonelosis es, según la OMS, una de las enfermedades de transmisión alimentaria más común. Aunque nadie está libre de riesgos, en poblaciones vulnerables como bebés y niños pequeños puede llegar a ser muy grave y poner en riesgo la vida. Por eso ha de evitarse el consumo de huevo crudo o poco cocinado como en mayonesas caseras, huevos fritos, huevos pasados por agua o similares.

COMER HUEVOS EN FAMILIA

1. Tortilla de calabacín y patata con brócoli al vapor.
2. Pan integral con paté de aguacate (aguacate y yema de huevo cocida, limón) y trocitos de tomate.
3. Tortitas de plátano (plátano, huevo, copos de avena) con fresas.
4. Hamburguesas de verduras con huevo (calabacín, coliflor, zanahoria…) con patatas al horno.
5. Quiche de berenjena (con bebida vegetal).
6. Tortitas de coliflor (coliflor, harina integral, huevo, condimentos al gusto como ajo y perejil) con ensalada de tomate.

7. Pan integral con revuelto de tomate y huevo.

A TENER EN CUENTA



• **Debe ofrecerse cocinado para evitar el riesgo de transmisión de enfermedades como la salmonelosis.**

- **Se recomienda incorporar desde los seis meses tanto la yema como la clara.**

- **Se pueden consumir más de dos unidades a la semana.**

- **No se deben lavar, su superficie se vuelve porosa y pueden penetrar las bacterias al interior.**

- **Las proteínas están tanto en la clara como en la yema.**

Durante mucho tiempo los frutos secos y las semillas han sido los grandes olvidados de nuestra dieta. Quizá porque solo pensamos en

las calorías que contienen sin valorar su aporte nutricional. Gran error, ya que se trata de un grupo de alimentos muy saludables y altamente nutritivos que se pueden empezar a consumir desde el inicio de la alimentación complementaria.

ALGUNOS EJEMPLOS DE FRUTOS SECOS Y SEMILLAS

ALMENDRAS
AVELLANAS
NUECES
PIPAS DE CALABAZA
PIPAS DE GIRASOL
SEMILLAS DE CHÍA
SEMILLAS DE AMAPOLA
SEMILLAS DE SÉSAMO
SEMILLAS DE LINO
CACAHUETES*

*** El cacahuete es una legumbre pero se clasifica dentro de los frutos secos.**

Destacan por su contenido —variable según el tipo— en proteína vegetal, fibra, grasas saludables —mono y poliinsaturadas mayoritariamente—, vitaminas —como la E y las del grupo B— y minerales como el potasio, el magnesio, el fósforo y el hierro. Para mejorar la absorción de este último se deben combinar con frutas y/o verduras —sobre todo las ricas en vitamina C—. Algunos, como las almendras y las avellanas, y semillas, como las de amapola, sésamo y chía, también aportan una cantidad considerable de calcio.

Pese a su alta densidad energética, durante años numerosos

estudios han demostrado efectos beneficiosos sobre la salud cardiovascular, además de asociarse a un menor riesgo de padecer cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes, infecciones, sobrepeso e incluso de morir de forma prematura. Eso sí, estos efectos no son atribuibles al consumo de productos como cacahuetes bañados en chocolate, maíz frito salado ni almendras garrapiñadas.

ES CONVENIENTE ELEGIR FRUTOS SECOS CRUDOS O TOSTADOS SIN ADICIÓN DE SAL, AZÚCAR O POTENCIADORES DE SABOR.

El problema es que, a pesar de sus fantásticas propiedades nutricionales y beneficios sobre la salud, no deben consumirse nunca enteros —ni en trozos— durante al menos los primeros cinco años de vida debido a su alto riesgo de atragantamiento. Así que no deben vetarse en la dieta, solo hay que adaptarlos para que los más pequeños se beneficien de ellos desde los primeros días.

• Cómo ofrecer los frutos secos y las semillas

La forma más segura es en harina o en crema, hechas en casa o compradas, siempre que sean 100 % de frutos secos. La harina de almendras o la de nuez, por ejemplo, se incorporan a salsas, se utilizan para elaborar repostería casera —sin azúcar—, para rebozar, etc. La crema de cacahuete o de almendras se unta en pan, se mezcla con fruta, con *porridge* o se usa en salsas. Es conveniente evitar la crema de frutos secos a cucharadas, pues tiene una textura que puede provocar también atragantamientos.

Las semillas grandes, como las de girasol o las de calabaza, deben triturarse, pero las más pequeñas como las de sésamo, chía,

amapola o lino no se consideran de riesgo y se pueden consumir enteras, molidas, hidratadas e incluso germinadas, dependiendo del tipo. Las de sésamo se añaden enteras a diferentes elaboraciones, se pueden moler o consumir en forma de crema —el conocido tahini —, ingrediente fundamental del hummus. Las de chía se pueden consumir secas, hidratar hasta que gelifiquen o germinar en casa en menos de una semana.

COMER FRUTOS SECOS Y SEMILLAS EN FAMILIA

1. Pan integral con crema de avellana y fresas.
2. Hummus de lenteja roja con calabacín rebozado en harina de almendras al horno.
3. Porridge de avena y manzana (con leche materna, fórmula o bebida vegetal sin azúcar) con crema de cacahuete.
4. Tortitas de harina de espelta, plátano y chía (con chía en lugar de huevo previamente hidratada) con mango.
5. Tofu con salsa de calabaza y crema de anacardos.
6. Manzana horneada rebozada en harina de nuez y canela.
7. Pan integral con paté de champiñones y sésamo con trocitos de tomate.

IDEAS PARA OFRECER LOS FRUTOS SECOS

HARINAS

REBOZADOS

CREMAS UNTADAS EN PAN

PUDDING

PORRIDGE

PATÉ VEGETAL

SALSAS

DUDAS FRECUENTES

1

¿Cuál es el desayuno ideal?

Ni el desayuno es la comida más importante del día ni debe incluir un lácteo, una fruta y un cereal. Lo cierto es que todas son esenciales y que no existe un esquema específico de desayuno saludable. Tan correcto puede ser tomar leche materna o de fórmula, un trozo de pan con aceite y fruta como un salteado de guisantes que sobró de la noche anterior; lo fundamental es la calidad de esos alimentos, lo que consumiremos el resto del día y las costumbres familiares. Así que, ya que existen infinitas posibilidades, lo aconsejable es ver lo que es mejor evitar:

— Lácteos azucarados como yogures de sabores, batidos, yogures bebibles, leche con cacao en polvo…
— Cereales azucarados, chocolateados, con miel…
— Galletas y bollería.
— Zumos de frutas, mermeladas...
— Embutidos, fiambres…

2

¿Cómo sé que ha acabado de comer?

Las comidas han de ser ocasiones en las que los pequeños se diviertan. En el momento que ya no estén disfrutando o empiecen a

estar cansados es importante permitirles cambiar de actividad, independientemente de la cantidad de alimentos que hayan consumido.

También es fundamental conocer y respetar las señales de saciedad. Estas pueden ser dispares: hay niños que tiran el plato al suelo, otros que lanzan la comida, otros que gritan… La más clara es ignorar los alimentos.

3

¿Cuándo empiezo a introducir la cena?

No existe una edad específica, pero para incorporarla se debe tener en cuenta:

— Que el bebé no esté cansado y esté receptivo.

— Que su incorporación no desplace a la leche (materna o fórmula).

— Que se haya descartado posibles reacciones alérgicas de los alimentos que vayamos a ofrecer.

La OMS recomienda realizar dos o tres comidas diarias entre los

seis-ocho meses y la cena se suele introducir a partir del noveno, cuando se añaden más comidas. Pero el bebé es el que nos irá guiando; hay algunos que empiezan a cenar con nueve meses, otros con once y otros que con siete ya muestran interés.

4

Pero si come proteína animal al mediodía, ¿qué puede cenar?
Una alternativa es la mitad de la ración de carne, pescado o huevo en las dos comidas u optar por una cena sin proteína animal. Quizá esta opción sea la más conveniente, ya que así llevará una dieta variada en alimentos desde el principio. No solo no es necesario comer carne y cenar pescado, sino que tampoco lo es comer carne cada día de la semana.

EJEMPLOS DE CENAS PARA TODA LA FAMILIA

- Hamburguesa de lentejas con arroz y ensalada de tomate.

- Hummus con verduras al horno.

- Quinoa salteada con calabaza y tofu.
- Pasta integral con crema de coliflor.

• Puré de guisantes con patata y trocitos de naranja de postre.

• Pan con aceite de oliva virgen extra y tomate rallado con ensalada de aguacate y mango.

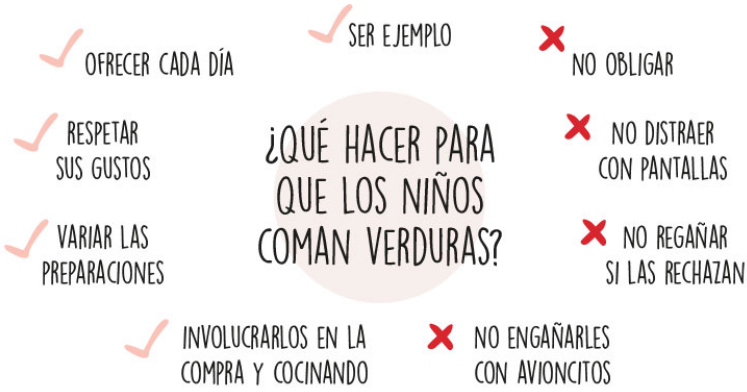
• Brócoli con salsa de tomate casera y soja texturizada.

5

¿Qué hago si no quiere verduras?

Rechazar algunas verduras y alimentos poco calóricos es innato. Durante la infancia, por instinto de supervivencia, tendemos a mostrar preferencia por los alimentos más energéticos y aversión por los que son amargos —para protegernos de la ingesta de sustancias tóxicas—. Esta especial sensibilidad suele desaparecer en la adolescencia, cuando empiezan a aceptar más variedad.

Para que las verduras formen poco a poco parte de su dieta, podemos llevar a cabo algunas prácticas. Las más importantes son: ser ejemplo, nunca forzarles y tener mucha paciencia.



PERO LO MÁS IMPORTANTE ES PACIENCIA, MUCHA PACIENCIA.

6

¿Y si comemos fuera de casa?

Hay que tener en cuenta que los niños son muy sensibles a los cambios, y estar en otro ambiente, con otra compañía o incluso encontrarse con otros utensilios puede afectarles.

Por eso no es un buen momento para innovar. Lo mejor es ofrecerle alimentos y preparaciones a los que ya esté acostumbrado —no necesita un menú diferente o uno infantil— o pedirle los mismos que para nosotros y compartirlos, así, además, favoreceremos su interés y su confianza.

PARA QUE NO SE SIENTA TAN EXTRAÑO, LLEVA

DE CASA SUS UTENSILIOS HABITUALES —PLATO, TENEDOR, BABERO... —.

7

El «menú infantil»

Aunque lo ideal sería que fuera un menú saludable, con alimentos apropiados para la edad y en raciones más reducidas, la realidad es que se trata de comida poco sana y muy apetecible para él.

De esta manera al niño se le están transmitiendo mensajes como que su alimentación ha de ser distinta a la del resto de la familia y que comer fuera significa fritos, refrescos y postres azucarados.

8

¿Y qué puedo pedir?

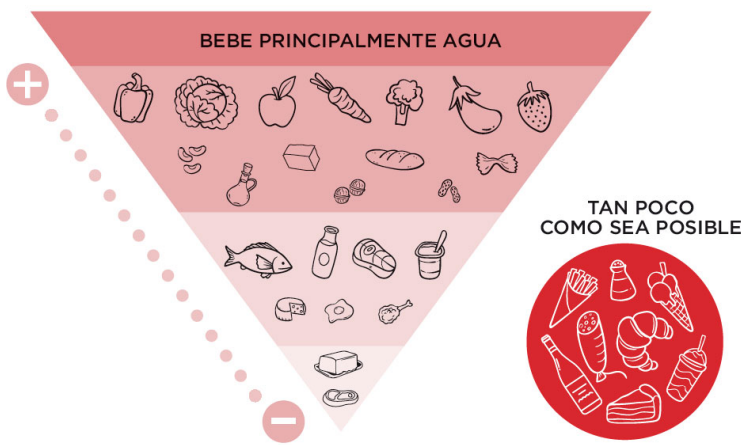
Depende de la oferta, por eso hay que procurar conocer antes la carta y elegir el menú en el que encontremos opciones idóneas para el bebé. También podemos pedir que nos preparen algo en la cocina —en mi caso, solo una vez se han negado a hacerlo— o también llevar su comida de casa.

Algunas opciones adecuadas —dependiendo de la edad— son: verduras a la plancha, gazpachos, cremas de verduras, verdura y patata cocida, tortilla francesa, pescados y carnes, pasta —podemos pedirla sin salsa—, patatas al horno… Si tiene menos de un año, que sea sin sal. Para beber, agua; y si quiere postre, fruta.

9

¿Cómo preparo un menú saludable?

No, «comer de todo con moderación» no es comer saludable. Hoy existen multitud de productos insanos que superan con creces a la comida de verdad, y si comiéramos de todo con moderación, nuestra alimentación no sería saludable. Además, la conocida pirámide alimentaria no ayuda, existen otras guías con un enfoque diferente que nos animan a aumentar el consumo de algunos alimentos y a reducir el de otros, ya que a los alimentos malsanos los deja fuera.



Triángulo de la nutrición belga (Instituto Flamenco de Vida Saludable).

Este planteamiento solo se compone de tres niveles:

— La base de la alimentación deben ser los alimentos de origen vegetal como verduras, hortalizas, frutas, legumbres, frutos secos, tubérculos, cereales integrales y aceite de oliva.

— En un segundo nivel encontramos los de origen animal: pescado, lácteos, huevos y carnes blancas.

— El vértice lo ocupan los alimentos cuya ingesta debe ser moderada, como las carnes rojas y la mantequilla.
— El agua es quien corona este triángulo alimentario.
— Fuera encontramos en un círculo rojo aquellos que se deben consumir lo menos posible: embutidos, fiambres, dulces, comida rápida, alcohol, sal…

10

¿Con qué frecuencia ofrezco cada grupo de alimentos?

Para una familia omnívora un ejemplo podría ser:
— Frutas y verduras. Cinco raciones al día (entre frutas y verduras) como mínimo.
— Cereales integrales (y derivados) y tubérculos. A diario en las comidas principales.
— Alimentos proteicos. Una o dos veces al día alternando:
• Legumbres: al menos, tres-cuatro veces por semana.
• Pescado: tres-cuatro raciones semanales.
• Carne: dos-tres veces por semana. Limitar las rojas a una-dos veces por semana.
• Huevo: tres-cuatro veces por semana.
— Grasas saludables. Aceite de oliva virgen extra, aguacate, frutos secos y semillas a diario.
— Lácteos. Como máximo, una-tres raciones al día a partir de los doce meses (si no toman leche materna).
— Agua. En función de la sed.

11

¿Y si tiene que comer en casa de los abuelos? ¿podemos hacer BLW mixto?

Hay que aclarar primero que un niño que practica BLW puede comer triturados, estos son totalmente compatibles. Cuando en casa toque, por ejemplo, cenar puré de verduras, podrá tomarlo también, su dieta no se limita a los trocitos. A diferencia de la alimentación exclusiva con triturados, el BLW acepta todo tipo de texturas desde el inicio. Los purés deben ser espesos y grumosos —hay que evitar que estén muy diluidos—, además de para mejorar su valor nutricional y energético, para que se puedan autoalimentar, ya sea con las manos o con una cucharita. Es interesante igualmente que tengan textura y puedan identificar los sabores.

Pero cuando en una de las comidas del día es otra persona la que ofrece los alimentos, sí se considera BLW mixto; de hecho, es una variedad muy utilizada por las familias que tienen que dejar a su pequeño con un cuidador. Si vas a optar por esta alternativa, hay una serie de cuestiones que debes tener en cuenta y trasladar al cuidador para llevarla a cabo de manera eficaz.

— La leche (materna o fórmula) es el alimento al que hay que dar prioridad. Se sigue pensando que en el puré es donde «están los nutrientes», y en ocasiones, por desconocimiento, se reemplazan estas tomas por papillas.

— Respetar las señales de saciedad. No hay que insistir, distraer ni entretener con pantallas o engañar con avioncitos. Ni es necesario tampoco que tome la última cucharadita si no la quiere.

— No retirar las manos del plato. Los niños por instinto quieren tocar la comida que van a comer. Quitar las manos del puré continuamente puede hacer que asocie que comer con las manos es negativo y cuando le ofrezcas los alimentos en casa no los quiera tocar. Algo que ayuda es permitirle tocar la comida al principio y dejarle una cucharita para que pueda participar.

— Es posible que pase por una etapa de confusión. Aprender a comer de dos formas diferentes puede ser difícil para ellos.

— No alargar la etapa de triturados. A partir de los ocho-nueve

meses se recomienda ir retirando los purés.

Y ahora, olvidémonos por un momento de las veces a la semana que deben comer legumbres y de si nos va a costar que cada día coman fruta, ¡no nos estresemos! Es más importante dirigir los esfuerzos a que disfruten de las comidas, de nuestra compañía, a ofrecer alimentos en un entorno agradable con amor y respeto. Espero haber podido transmitir que dejar que el bebé aprenda a comer solo es la opción más natural y, por supuesto, es seguro. Esta etapa es única e irrepetible, un momento para divertirse, jugar, aprender, descubrir, ensuciarse… Vivámosla con ellos. Solo serán niños una vez.

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

OMS. *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud.* 2010.

Schwartz C., Scholtens P. A., *et al.* «Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines». *Appetite.* 2011 Dec; 57(3):796-807.

Nicklaus S. «The role of food experiences during early childhood in food pleasure learning». *Appetite*. 2016. Sep 1; 104:3-9.

Mennella J. A., Bobowski N. K. «The sweetness and bitterness of childhood: Insights from basic research on taste preferences». *Physiol Behav.* 2015 Dec; 1; 152(Pt B):502-507.

https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Aladino_2019.pdf

NCD Risk Factor Collaboration. «Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants». *Lancet.* 2016 Apr; 2; 387(10026):1377-1396.

PRINCIPIOS BÁSICOS

1. BREVE HISTORIA DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL AUTORREGULADA

OMS. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.* 2001.

Schwartz C., Scholtens P. A., *et al.* «Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected

guidelines». *Appetite*. 2011 Dec; 57(3):796-807.
Davis C. M. «Results of the self-selection of diets by young children». *Can Med Assoc J*. 1939 Sep; 41(3):257-261.
Asamblea mundial OMS, documento 54. *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Duración óptima de la lactacia exclusiva. 2001.
Rapley, G., Murkett T. *Helping your baby love good food.* Vermilion. Londres. 2008.

2. QUÉ ES EL BLW

Rapley, G., Murkett T. *Helping your baby love good food.* Vermilion. Londres. 2008.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v

3. BENEFICIOS E INCONVENIENTES DEL BLW

Brown A., Jones S. W., *et al.* «Baby-Led Weaning: The Evidence to Date». *Curr Nutr Rep.* 2017; 6(2):148-156.
Arden M. A., Abbott R. L. «Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation». *Matern Child Nutr*. 2015 Oct; 11(4):829-844.
Taylor R. W., Williams S. M., *et al.* «Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial». *JAMA Pediatr*. 2017 Sep 1; 171(9):838-846.
Birch L. L., Doub A. E. «Learning to eat: birth to age 2 y». *Am J Clin Nutr*. 2014 Mar; 99(3):723S-728S.
Harrison M. E., Norris M. L., *et al.* «Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth». *Can Fam Physician*. 2015 Feb; 61(2):e96-106.
Fewtrell M., Bronsky J., *et al.* «Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition». *J*

Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Jan; 64(1):119-132.
Issanchou S., Consortium H. «Determining Factors and Critical Periods in the Formation of Eating Habits: Results from the Habeat Project». *Ann Nutr Metab*. 2017; 70(3):251-256.
Nicklaus S. «The Role of Dietary Experience in the Development of Eating Behavior during the First Years of Life». *Ann Nutr Metab*. 2017; 70(3):241-245.
Harris G., Coulthard H. «Early Eating Behaviours and Food Acceptance Revisited: Breastfeeding and Introduction of Complementary Foods as Predictive of Food Acceptance». *Curr Obes Rep*. 2016 Mar; 5(1):113-120.
Nicklaus S. «Complementary Feeding Strategies to Facilitate Acceptance of Fruits and Vegetables: A Narrative Review of the Literature». *Int J Environ Res Public Health*. 2016; 13(11):1160.
http://www.sedo.es/blog/200-la-importancia-de-la-prevención-en-la-ortodoncia.html

4. BLW Y HIERRO

Daniels L., Heath A. L., *et al.* «Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding». *BMC Pediatr*. 2015 Nov 12; 15:179.
https://data.worldbank.org/indicator/SH.ANM.CHLD.ZS
Baker R. D., Committee on Nutrition AAP, *et al.* «Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age)». *Pediatrics*. 2010 Nov; 126(5):1040-1050.
Chaparro C. M. «Setting the stage for child health and development: prevention of iron deficiency in early infancy». *J Nutr*. 2008 Dec; 138(12):2529-2533.
Fewtrell M., Bronsky J., *et al.* «Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition». *J*

Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Jan; 64(1):119-132.
https://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/FRM03_HierroGuias.pdf
Daniels L., Taylor R. W., *et al.* «Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial». *BMJ Open.* 2018 Jun 27; 8(6):e019036.
OMS. *Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. 2014.

5. BLW Y ATRAGANTAMIENTOS

Spencer B., Wambach K. «Breastfeeding and Human Lactation». *Jones and Banett Publishers.* Massachusetts, 2010.
https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2013.3408
EFSA. *Age to start complementary feeding of infants*. 2019.
https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/HALF-Implementation-Guide/Age-Specific-Content/Pages/Infant-Food-and-Feeding.aspx
Fangupo L. J., Heath A. M., *et al.* «A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking». *Pediatrics*. 2016 Oct; 138(4):e20160772.
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000048.htm
Meyli M., Chapin M., *et al.* «Nonfatal Choking on Food Among Children 14 Years or Younger in the United States, 2001-2009». *Pediatrics*. 2013 Aug, 132 (2) 275-281.
https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/injuries-emergencies/Paginas/choking-prevention.aspx
Dogan E., Yilmaz G., *et al.* «Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study». *Pediatr Int.* 2018 Dec; 60(12):1073-1080.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v

6. ¿COMERÁ SUFICIENTE?

Orrell-Valente J. K., Hill L. G., *et al.* «"Just three more bites": an observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime». *Appetite*. 2007 Jan; 48(1):37-45.

Turner L., Chriqui J. F., *et al.* «Food as a reward in the classroom: school district policies are associated with practices in US public elementary schools». *J Acad Nutr Diet*. 2012 Sep; 112(9):1436-1442.

Taylor R. W., Williams S. M., *et al.* «Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial». *JAMA Pediatr*. 2017 Sep 1; 171(9):838-846.

Williams Erickson L., Taylor R. W., *et al.* «Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial». *Nutrients*. 2018 Jun 7; 10(6):740.

7. ¿ES VÁLIDO PARA TODOS LOS BEBÉS?

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v

Brown A., Jones S. W., *et al.* «Baby-Led Weaning: The Evidence to Date». *Curr Nutr Rep*. 2017; 6(2):148-156.

Cameron S. L., Heath A. L., *et al.* «How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence». *Nutrients*. 2012 Nov 2; 4(11):1575-1609.

Andreas N. J., Kampmann B., *et al.* «Human breast milk: A review on its composition and bioactivity». *Early Hum Dev*. 2015 Nov; 91(11):629-635.

Trabulsi J. C., Mennella J. A. «Diet, sensitive periods in flavour learning, and growth». *Int Rev Psychiatry*. 2012 Jun; 24(3):219-230.

Hausner H., Nicklaus S., *et al.* «Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound». *Clin Nutr*. 2010 Feb; 29(1):141-148.

Spahn J. M., Callahan E. H., *et al.* «Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children's responses: a systematic review». *Am J Clin Nutr*. 2019 Mar 1; 109(Suppl_7):1003S-1026S.
Forestell C. A. «Flavor Perception and Preference Development in Human Infants». *Ann Nutr Metab.* 2017; 70 Suppl 3:17-25.
Planas, P. *Rehabilitación neuro-oclusal*. 1994.
Kassing D. «Bottle-feeding as a tool to reinforce breastfeeding». *J Hum Lact*. 2002 Feb; 18(1):56-60.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

8. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1
https://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v
Daniels L., Heath A. L., *et al.* «Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding». *BMC Pediatr*. 2015 Nov 12; 15:179.

9. CUÁNDO EMPEZAR

Cattaneo A., Williams C., *et al.* «ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence?». *Matern Child Nutr*. 2011 Oct; 7(4):335-343.
Fewtrell M., Bronsky J., *et al.* «Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition». *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017 Jan; 64(1):119-132.
Brown A., Harries V. «Infant sleep and night feeding patterns during later infancy: association with breastfeeding frequency, daytime

complementary food intake, and infant weight». *Breastfeed Med*. 2015 Jun; 10(5):246-252.
EFSA. *Age to start complementary feeding of infants*. 2019.
Alvisi P., Brusa S., *et al.* «Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants». *Ital J Pediatr*. 2015 Apr 28; 41:36.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v

10. ORDEN DE INCORPORACIÓN DE LOS ALIMENTOS

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v
Fewtrell M., Bronsky J., *et al.* «Complementary *Feeding*: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition». *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017 Jan; 64(1):119-132.
Ferraro V., Zanconato S., *et al.* «Timing of Food Introduction and the Risk of Food Allergy». *Nutrients*. 2019; 11(5):1131.

11. ALIMENTOS A EVITAR

Fewtrell M., Bronsky J., *et al.* «Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition». *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017 Jan; 64(1):119-132.
OMS. *Guideline: Sugars Intake for Adults and Children.* 2015.
Vos M. B., Kaar J. L., *et al.* «Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association». *Circulation.* 2017 May 9; 135(19):e1017-e1034.
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction
https://seguridadalimentaria.elika.eus/wp-content/uploads/articulos/Archivo745/Rev%20CC%20AESAN%2014%20Botulismo.pdf

Hojsak I., Braegger C., *et al.* «ESPGHAN Committee on Nutrition. Arsenic in rice: a cause for concern». *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015 Jan; 60(1):142-145.
https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2015/a-survey-of-inorganic-arsenic-in-rice-and-rice-products-on-the-swedish-market-2015---part-1.pdf
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/nitratos_hortalizas.htm
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/para_consumidor/triptico_pez_mantequilla.pdf
http://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/consumo_crustaceos.htm
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/publicaciones/seguridad_alimentaria/recomendaciones_caza_silvestre.pdf
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/informes_comite/YODO_MACROALGAS.pdf
https://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf

ALIMENTOS Y ADAPTACIONES

Forestell C. A. «Flavor Perception and Preference Development in Human Infants». *Ann Nutr Metab*. 2017; 70 Suppl 3:17-25.
Maíz, E., Maganto C., *et al.* «Neofobia y otros trastornos restrictivos alimentarios en la infancia y consumo de frutas y verduras». *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2014; 20(4):150-157.
Dovey T., Staples P., *et al.* «Food neophobia and "picky/fussy" eating in children: A review». *Appetite*. 2007; 50(2-3):181-193.
Perry R. A., Mallan K. M., *et al.* «Food neophobia and its association with diet quality and weight in children aged 24 months: a cross

sectional study». *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015 Feb 13; 12:13.
Heyman M. B., Abrams S. A. «Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations». *Pediatrics*. 2017 Jun; 139(6):e20170967.
Rodríguez Delgado J., Hoyos Vázquez M. S. «Los zumos de frutas y su papel en la alimentación infantil. ¿Debemos considerarlos como una bebida azucarada más? Posicionamiento del Grupo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap». *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017 Sep; 19(75): 103-116.
http://www.scielo.org.co/pdf/bsaa/v11n2/v11n2a08.pdf
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/noticias/2017/Informe_Legumbres_Nutricion_Salud.pdf
https://www.analesdepediatria.org/es-analisis-cuantitativo-ingesta-nutrientes-ninos-articulo-S169540331400455X
https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/sp.efsa.2017.e15121
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v
https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_inf/recomanacions_0_3/0_3_guia_recomanacions/guia_recomendaciones_alimentacion_primera_infancia.pdf
https://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/
https://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf
Craig W. J., Mangels A. R. «American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets». *J. Am. Diet. Assoc*. 2009 Jul; 109(7):1266-1282.
Hu F. B., Stampfer M. J., *et al.* «A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women». *JAMA*. 1999 Apr 21; 281(15):1387-1394.
Clayton Z. S., Fusco E., *et al.* «Egg consumption and heart health: A

review». *Nutrition*. 2017 May; 37:79-85.
Aune D., Keum N., *et al.* «Nut consumption and risk of cardiovascular disease, total cancer, all-cause and cause-specific mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies». *BMC Med.* 2016 Dec 5; 14(1):207.
Guasch-Ferré M., Bulló M., *et al.* «Frequency of nut consumption and mortality risk in the PREDIMED nutrition intervention trial». *BMC Med.* 2013 Jul 16; 11:164.

LIBROS RECOMENDADOS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Mi niño no me come, de Carlos González.

Sin dientes y a bocados, de Juan Llorca en colaboración con Melisa Gómez.

En boca de todos, de Melisa Gómez y Juan Llorca.

Se me hace bola, de Julio Basulto.

Aprender a comer solo, de Lidia Folgar.

Alimentación saludable para niños geniales, de Griselda Herrero Martín.

¿Qué le doy de comer?, de Lucía Martínez y Aitor Sánchez.

AGRADECIMIENTOS

A Isabel por contactar conmigo aquel 29 de agosto y al resto del equipo de Planeta: Virginia, Pepa y Teresa.

A Yaiza Cuba, por su aportación desinteresada.

A mis padres, por apoyarme siempre y animarme a estudiar lo que hoy es mi pasión.

A Aitor, mi marido, por ser cómplice de mis locuras y ayudarme a cumplir mi sueño. Sin ti no hubiera sido posible.

De la leche al bocadillo
Conchi García

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Diseño de la cubierta: Planeta Arte & Diseño
Imagen de la cubierta y fotografías de la autora: © Mia García
@miagarciafotografia
Diseño y maquetación de interiores: Teresa Sánchez-Ocaña

© Conchi García, 2021

© Editorial Planeta, S. A., 2021
Martínez Roca es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.
Avda. Diagonal, 662-664 08034 Barcelona
www.mrediciones.com
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): febrero de 2021

ISBN: 978-84-270-4841-6 (epub)

Conversión a libro electrónico: Pablo Barrio

¡Encuentra aquí tu próxima lectura!

¡Síguenos en redes sociales!